

Opleidingsplan Ziekenhuisarts



STICHTING OPLEIDING
ZIEKENHUISGENEESKUNDE

Vastgesteld door het bestuur van de
Stichting Opleiding Ziekenhuis Geneeskunde
op 23-feb-2012 - V.1308

Samenstelling werkgroep 'Opleidingsplan Ziekenhuisarts':

Prof. dr. R.O.B. Gans, internist UMCG, voorzitter

Drs. E. Besselaar-Niemantsverdriet, internist Catharinaziekenhuis

Dr. S.J. Hoorntje, internist Catharinaziekenhuis

Dr. E.J. Houwerzijl, internist UMCG

Prof. dr. J.T.A. Knape, anaesthesioloog UMCU

Drs. A.J. Kooter, internist VUMC

Prof. dr. M. Kramer, internist VUMC

Drs. A.K. Meininger, onderwijskundige, UMCG Postgraduate School of Medicine

Dr. P. M. Netten, internist JBZ

Drs. M. Schouten, opleidingskundige, Clustermanager Jeroen Bosch Academie

Mw. P. Boshom-Copray, projectmanagement ondersteuning

Voorwoord

De zorgvraag in ziekenhuizen wordt steeds complexer. Multimorbiditeit, vergrijzing, en voortschrijdende technologie leiden tot toenemende (super) specialisatie bij medisch specialisten. Tegelijkertijd bestaat bij de patiënt behoefte aan veilige, begrijpelijke en goed gecoördineerde zorg. Dit maakt dat er een dringende behoefte is ontstaan aan een ander type arts, de ziekenhuisarts. De ziekenhuisarts verleent vanuit een generalistisch perspectief zorg aan patiënten, borgt de kwaliteit en veiligheid van de patiëntenzorg op een verpleegeenheid en draagt zorg voor adequate coördinatie resp. overdracht van zorg.

De werkgroep heeft de opleiding tot ziekenhuisarts beschreven conform de eisen van een profielregistratie binnen het CGS. De uitdaging bij het ontwerpen van dit curriculum bestond uit het handhaven van de balans tussen voldoende kennis van de algemene ziektekunde om de algemene medische zorg van patiënten op elke verpleegeenheid in het ziekenhuis te kunnen bieden en voldoende specialistische kennis om begrip voor de leef- en denkwereld van de verschillende medische disciplines te hebben. Bijzondere aandacht is besteed aan het opleidingstraject op gebied van kwaliteitszorg en patiëntveiligheid. Ook worden hoge eisen gesteld aan het opleidingsgroep, waarin de inbreng van meerdere disciplines in harmonie zal moeten verlopen met het oog op het borgen van de scholing van de ziekenhuisarts op de werkplek.

Wij spreken de hoop uit dat de ziekenhuisarts als teamspeler de patiëntenzorg in de Nederlandse ziekenhuizen op een nog hoger plan zal brengen.

Prof. dr. R.O.B. Gans, voorzitter werkgroep opleidingsplan ziekenhuisarts

Inhoudsopgave

Voorwoord	blz. 3
1. Inleiding	blz. 5
2. Competenties van de ziekenhuisarts	blz. 9
3. Samenhang tussen competenties, leerdoelen en leermiddelen	blz. 19
4. Kwaliteitszorg en patiëntveiligheid als werkdomein	blz. 23
5. Opleidingsgroep en supervisiestructuur	blz. 28
6. Evaluatie, beoordeling en toetsing	blz. 30
7. Kwaliteitszorg en implementatie van het curriculum	blz. 37
Bijlagen:	
8. Thema's, klinische presentaties, ziektebeelden en vaardigheden	blz. 41
9. Competentiematrix	blz. 44

1. Inleiding

Recent zijn twee rapporten verschenen die zich onder andere richten op ontwikkelingen binnen het medisch vak. Het betreft hier het advies van de Raad voor de Volksgezondheid 'Numerus fixus geneeskunde: loslaten of vasthouden' en de NFU-notitie 'De medisch specialist van straks'. Beide rapporten schetsen een gewenste ontwikkeling van functiedifferentiatie en taakherschikking. De NFU stelt voor om meer generalistisch opgeleide artsen (met een profielregistratie) in de intramurale setting zorgzorgtaken van de medisch specialist te laten overnemen. Volgens de KNMG neemt de noodzaak van herbezinning over de inzet van langdurig opgeleide specialisten bij generalistische zorg toe.

Ook vanuit het veld komen onmiskenbare signalen dat een meer evenwichtige afstemming moet gaan plaatsvinden tussen '(super)specialistische' en 'basis'-zorg. Voor ziekenhuizen is het belangrijk om continue en veilige zorg te borgen. Met de toenemende differentiatie van vrijwel elk specialisme lijkt de specifieke specialistische zorgvraag relatief veel en de klinische zorg weinig aandacht te krijgen. Voor een goede kwaliteit van de zorg is het essentieel dat ook de algemeen medische (basis)zorg goed en veilig wordt verleend.

Patiëntveiligheid en continuïteit van zorg worden door elk ziekenhuis benoemd in het strategisch beleid en zo goed mogelijk ingebed in de medische bedrijfsvoering. Toch blijkt telkens weer dat zorginstellingen intramuraal een kwaliteitsprobleem hebben bij juist de algemeen medische zorg. De aanhoudende stroom van problemen in de patiëntenzorg (medicatiefouten, complicaties, en –in sommige ziekenhuizen- relatief hoge scores in de hospital standardized mortality ratio's), is een indicatie dat er sprake is van een organisatieprobleem alsmede een opleidingsdeficit waar het de algemeen medische zorg betreft. Voor de algemeen medische zorg wordt in de praktijk een relatief groot beroep gedaan op ANIOS, artsen niet in opleiding tot specialist, die na de studie geneeskunde zonder aanvullende opleiding in de intramurale (super)specialistische setting werkzaam zijn. In de praktijk zijn zij niet voldoende gekwalificeerd om algemeen medische zorg in de klinische setting te kunnen bieden. Dit geldt q.q. ook voor AIOS. In het nieuwe opleiden wordt veel aandacht besteed aan het verwerven van discipline overstijgende competenties, maar de focus van de opleiding is de toekomstige taak als specialist en niet de algemeen medische zorg. De competenties die tot de algemeen medische zorg behoren worden min of meer als basis verondersteld, maar zijn in de praktijk meestal niet aanwezig. Dat maakt de AIOS (artsen in opleiding tot specialist) evenmin per se geschikt om kwaliteit en continuïteit van algemeen medische zorg te garanderen.

Dit alles maakt dat er een dringende behoefte is aan een ander type arts, de **ziekenhuisarts**. Kernwoorden in de functie van de ziekenhuisarts zijn algemeen medische zorg, patiëntveiligheid als ook coördinatie en continuïteit van de zorg. Met de introductie van ziekenhuisartsen c.q. ziekenhuisgeneeskunde verbetert de huidige situatie op ten minste drie dimensies namelijk, de kwaliteit van directe patiëntenzorg, de organisatie van de ziekenhuiszorg en het carrière perspectief van de basisarts.

Karakteristiek van de ziekenhuisarts

De ziekenhuisarts verleent vanuit een generalistisch perspectief zorg aan patiënten. Hij borgt kwaliteit en veiligheid van algemeen medische zorg. Hij is daarmee de verbindende factor in het multidisciplinaire medische palet. De ziekenhuisarts werkt effectief samen met medisch specialisten maar ook andere zorgprofessionals, zoals verpleegkundigen, verpleegkundig specialisten en physician assistants, en met niet-zorgverleners i.c. ziekenhuismanagers.

Als 'tegenhanger' van de SEH-arts op de spoedeisende hulp wordt de ziekenhuisarts in het domein van de kliniek gepositioneerd; beiden zijn teamspeler bij uitstek. De ziekenhuisarts voorziet in het hierboven beschreven deficit in het continuüm van de algemene medische zorg in het ziekenhuis. Binnen het domein van de algemene medische zorg is de ziekenhuisarts bekwaam om

zelfstandig beleid te voeren. Hij is de professionele (d.w.z. adequaat opgeleide) vervanger van de verdwijnende ANIOS. Door zijn opleiding is hij in staat autonoom te denken en beslissingen te nemen. In zijn rol als ondersteuner van de hoofdbehandelaar verleent hij in de kliniek algemeen medische en, afhankelijk van de context, deels medisch-specialistische zorg. In functionele zin valt de ziekenhuisarts onder de hoofdbehandelaar van de afdeling. Hij kan ook de rol van hoofdbehandelaar innemen in situaties waarin er sprake is van een transferperiode tussen specialismen of naar extramuraal.

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

In beleidsmatige zin draagt de ziekenhuisarts bij aan veiligheid, kwaliteit en verantwoordingsplicht rondom klinische zorgprocessen. Daarnaast verzorgt hij onderwijs voor co-assistenten en andere zorgprofessionals, en participeert in de opleiding van AIOS.

In het buitenland (Engeland, Australië en V.S.) zijn reeds positieve ervaringen opgedaan met de ziekenhuisarts (hospitalist).¹²

Veranderingen door ziekenhuisgeneeskunde

Drie dimensies binnen de huidige zorg veranderen als gevolg van de introductie van de ziekenhuisarts c.q. ziekenhuisgeneeskunde.

De eerste dimensie betreft de kwaliteit van zorg voor de patiënt. De ziekenhuisarts is een eerste aanspreekpunt voor de patiënt en staat daarmee garant voor de continuïteit van zorg, zowel binnen de kliniek als in een verbindende rol in de transmurale ketenzorg. Met de komst van ziekenhuisartsen kunnen ziekenhuizen meer patiëntgericht acteren en beter aansluiten aan de behoeften en verwachtingen van hun kritische patiënten. Patiënten(verenigingen) willen vooral een kwalitatief goede en integrale zorg. De ziekenhuisarts functioneert bij uitstek vanuit de visie van integrale zorg, waarin zowel de biologische, psychologische, als sociale elementen contextueel samenhangend worden benaderd, zonder merkbare hinder van schotten of (organisatie)grenzen.

De tweede dimensie betreft verbeteringen in de organisatie van zorg op ziekenhuisniveau. Op medisch inhoudelijk niveau zal de ziekenhuisarts, met zijn brede medische achtergrond, een noodzakelijke brug slaan tussen medisch (super)specialist, arts-assistenten in opleiding, verpleegkundigen en verpleegkundig specialisten. Hieruit volgt continuïteit en daardoor verbeterde veiligheid in de zorg. Er ontstaat een stabiele en daardoor bedrijfsmatig voordelige situatie mede door afname van het probleem van het verloop van arts-assistenten.

De derde dimensie betreft het ontstaan van een gedifferentieerd carrièreperspectief ten behoeve van de individuele jonge arts. De ziekenhuisarts krijgt een minder veeleisende en kortere

¹ Peter K. Lindenauer, M.D., Michael B. Rothberg, M.D., M.P.H., Penelope S. Pekow, Ph.D., Christopher Kenwood, B.S., Evan M. Benjamin, M.D., and Andrew D. Auerbach, M.D., M.P.H. Outcomes of Care by Hospitalists, General Internists, and Family Physicians, *New England Journal of Medicine*, 357;25 www.nejm.org december 20, 2007.

² Laurence F. McMahon, Jr., M.D., M.P.H., The Hospitalist Movement — Time to Move On *New England Journal of Medicine* 357;25 www.nejm.org december 20, 2007

(profiel)opleiding dan in de traditionele specialistenopleiding gebruikelijk is. De opleiding wordt analoog aan het profielspecialisme SEH-geneeskunde gestructureerd. Na de opleiding kan de ziekenhuisarts in deze functie aan de slag gaan in het ziekenhuis, of, vroeger of later, een traject ingaan van een medisch-specialistische vervolgopleiding. Op het terrein van ziekenhuismanagement ligt nog een andere mogelijkheid. De ziekenhuisarts kan met zijn brede kijk op ziekenhuiszorg vanuit de inhoud 'doorgroeien' tot manager of bestuurder in een ziekenhuis. Dit gedifferentieerde carrièreperspectief is ook vanuit maatschappelijk oogpunt voordelig. Het is gelet op de hoge kosten en tijdsinvestering niet aanvaardbaar dat uitstromende basisartsen geen plaats kunnen krijgen in vervolgopleidingen en als ANIOS in de 'wachtkamer van de vervolgopleidingen' moeten plaats nemen. Door middel van het doorlopen van een profielopleiding ziekenhuisarts kunnen artsen eventueel worden (voor)geselecteerd, die bij uitstek geschikt zijn voor doorstroming naar een specialistische vervolgopleiding. Dit verbetert de efficiëntie - en werkt kwaliteit verhogend. Tegelijkertijd biedt de opleiding een antwoord op de maatschappelijke vragen van jonge starters in het artsenberoep. Immers, zowel vrouwelijke als mannelijke artsen hebben tegenwoordig uitgesproken én gedifferentieerde wensen over de wijze waarop hun carrière en de balans tussen werk en privé gestalte moeten krijgen. De opbouw en fasering van zowel de medische vervolgopleidingen als de vervolgcariëre worden met de introductie van opleiding tot ziekenhuisarts uitgebreid.

Opleidingskaders en curriculum

De doelstelling van de Stichting Opleiding Ziekenhuisgeneeskunde is te komen tot een efficiënte en effectieve opleiding van ziekenhuisartsen. De medische kennis en het medisch handelen, vooral met betrekking tot algemene ziektekunde, staan naast patiëntveiligheid en continuïteit van zorg in de opleiding tot ziekenhuisarts centraal. Er is een nadrukkelijk focus op inter-professionele samenwerking en communicatie met als oogmerk de patiëntveiligheid te verbeteren. De ziekenhuisarts is een generalist die, net zoals de SEH-arts, gekwalificeerd is als 'profielarts'. Artsen die de opleiding tot ziekenhuisarts met goed gevolg afronden, komen in aanmerking voor een dergelijke profielregistratie.

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

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

De ziekenhuisarts heeft een belangrijke rol in de ontwikkeling en uitvoering van benchmarks voor klinische zorg en onderzoek naar kwaliteit van zorg en patiëntveiligheid. In het curriculum worden leerdoelen omschreven samenhangend met het gebied van kwaliteit & veiligheid zoals 'Veilig Incident Melden', veiligheidsmethodieken, calamiteitenonderzoek, prestatie-indicatoren, multidisciplinaire zorgprocessen (zorgpaden) en patiënttevredenheid.

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

Dit curriculum geeft de algemene kaders weer waaraan de driejarige opleiding tot ziekenhuisarts moet voldoen. Het opleidingsziekenhuis is zelf verantwoordelijk voor de uitvoering van het curriculum, op voorwaarde dat het binnen de geschetste kaders valt. De in dit curriculum beschreven opleidingseisen zijn conform de eisen die gesteld worden aan de opleiding, registratie en herregistratie van ziekenhuisartsen en voor de erkenning van opleiders, plaatsvervangend opleiders, opleidingsbegeleiders en opleidingsinrichtingen zoals beschreven in het Kaderbesluit CGS en Besluit ziekenhuisarts.

Het experimenteel curriculum is deels ontleend aan de medische vervolgopleiding Interne Geneeskunde. Ook is dankbaar gebruik gemaakt van het Framework for Curriculum Development van de Society of Hospital Medicine. Een uitgangspunt bij het opstellen van het driejarig curriculum is dat het in alle opleidingsziekenhuizen (met elk hun eigen karakter en patiëntenpopulatie) geïmplementeerd kan worden. Het curriculum bestaat uit een breed scala van opleidingsonderdelen. Doelstelling daarvan is dat de ziekenhuisarts in opleiding zich de algemene ziektekunde binnen de specifieke setting van een medisch specialisme eigen leert te maken. Diepgaande aandacht wordt besteed aan het ontwikkelen van competenties voor multidisciplinaire samenwerking, kwaliteitszorg en organisatie van patiëntveiligheid in de klinische setting.

Het curriculum is zo geschreven dat dit makkelijk hanteerbaar is in de praktijk. Het curriculum is geschreven vanuit de gedachte dat een opleider dit document zal kunnen gebruiken als richtlijn voor het implementeren van een competentiegerichte opleiding. Wel worden er in dit landelijke curriculum een aantal duidelijke verplichte kaders gesteld waarbinnen de opleidingsziekenhuizen de opleiding tot ziekenhuisarts verder vorm moeten geven. Kort samengevat worden de kaders voor het landelijk curriculum voor de opleiding tot ziekenhuisarts gevormd door de onderwijskundige aspecten van de moderniseringsplannen voor de medische vervolgoopleidingen, te weten^{3,4}: formuleren van het profiel van de ziekenhuisarts, beschrijving van de profielgebonden competenties; beschrijving van de structuur van de opleiding binnen een opleidingsschema met herkenbare eenheden en de structuur van (landelijk en lokaal) cursorisch onderwijs; het koppelen van profiel gebonden competenties aan thema's met onderscheiden bekwaamheidsniveaus en toetsmethodiek(en); beschrijving van de opleidingsmethodiek met onderscheid in lijn- en blokleren, intervisie, gebruik van het portfolio, korte praktijk beoordelingen (KPB), opleidingsonderdelen- en voortgangsgesprekken. Tenslotte wordt de kwaliteitszorg van de opleiding beschreven met criteria waaraan moet worden voldaan. De kaders zijn voor de opleider leidend bij het nader invullen van het lokale opleidingsplan waarin koppeling gemaakt wordt tussen leerdoelen, leermiddelen, toetsing en bekwaamheidsniveaus. Dit lokale opleidingsplan is de basis van het individuele opleidingsplan van de Ziekenhuisarts i.o. en zal op onderdelen kunnen variëren afhankelijk van ervaring en groei. In de

³ Bleker O, Hoorntje J, Schelfhout V. Beter en leuker. CCMS ontvouwt plannen voor de vervolgopleiding van medisch specialisten. Medisch contact. 2004; 59(43). 1692-1695

⁴ Bergenhenegouwen GJ, Mooijman EAM, Tillema HH. Strategisch opleiden en leren in organisaties. Groningen / Houten: Wolters-Noordhoff, 2002

toetsmatrix (bijlage) is een koppeling gemaakt tussen leerdoel, opleidingsonderdeel en per opleidingsjaar het te ontwikkelen niveau. Dit laatste als streefdoel.

2. Competenties van de ziekenhuisarts

Conform het kaderbesluit CGS 1 januari 2011 worden in dit hoofdstuk analoog aan de 7 competenties van de medisch specialist de 'profielgebonden' competenties voor de 'opleiding ziekenhuisgeneeskunde' beschreven. Deze profielgebonden competenties vormen samen met het beroepsprofiel van de ziekenhuisarts het fundament voor de opleiding en dus het curriculum.

Tijdens de opleiding tot ziekenhuisarts dient de ziekenhuisarts i.o. zich in drie jaar alle competenties eigen te maken, niet alleen medisch handelen en kennis, maar ook in communiceren, samenwerken, wetenschap, maatschappelijk handelen en bevorderen van gezondheid, organiseren, en professionaliteit.

In dit hoofdstuk worden deze competenties van de ziekenhuisarts, weergegeven als leerdoelen per competentiedomein en toegewezen aan de jaren (1 tot en met 3) van de opleiding. Elk leerdoel wordt met het teken \diamond aangegeven. Het teken $\diamond 1$ wil zeggen: leerdoel in jaar 1. Dat betekent dat in jaar 1 een aanvang moet worden gemaakt met het geven van feedback op dit leerdoel en moet worden vastgesteld of de Ziekenhuisarts i.o. hierin voldoende voortgang behaalt. In jaar 1 hoeft natuurlijk het einddoel - elk leerdoel op het niveau van juist afgestudeerd ziekenhuisarts - nog niet te zijn behaald. In de volgende opleidingsjaren vindt verdere ontwikkeling in deze leerdoelen plaats en moeten zij ook onderwerp van feedback en toetsing zijn. In ieder opleidingsjaar wordt aandacht besteed aan nieuwe leerdoelen zodat alle leerdoelen in een zinvolle opeenvolging en verdeling over de 3 jaar expliciet aan bod komen in feedback en toetsing.

Iedere Ziekenhuisarts i.o. gaat met een ander, individueel profiel door de opleiding. De opleider draagt er zorg voor dat relatief achterlopende competenties c.q. leerdoelen als persoonlijk leerdoel in het portfolio van de Ziekenhuisartsen terechtkomen en dat hierop feedback wordt gegeven.

In jaar 3 wordt getoetst of alle leerdoelen op het niveau zijn gebracht die van een ziekenhuisarts mag worden verwacht. Het tempo waarmee gedurende de opleiding de voortgang per leerdoel c.q. per competentie zich ontwikkelt, wisselt per Ziekenhuisarts i.o. Dit is terug te vinden in de voortgangsgesprekken en de individuele leerdoelen zoals gedocumenteerd in het portfolio. Het is nadrukkelijk de bedoeling dat de Ziekenhuisarts i.o. in het laatste ½ jaar van de opleiding moet participeren in de activiteiten van de ziekenhuisgeneeskunde in de volle breedte.

1. Medisch handelen

De ziekenhuisarts is betrokken bij de zorg van volwassen patiënten met een zorgvraag die opname in een ziekenhuis noodzaakt.

De ziekenhuisarts is bekwaam in de integrale benadering van de patiënt. Hiermee is de ziekenhuisarts in staat om bij elke patiënt op efficiënte wijze bij vragen die de algemeen medische zorg betreffen een werkdiagnose en differentiële diagnose op te stellen, een behandelplan te formuleren en deze behandeling te effectueren.

De ziekenhuisarts heeft in het bijzonder kennis omtrent de pre- en postoperatieve zorg en de zorg voor de kwetsbare oudere bij wie, mede door co-morbiditeit, polyfarmacie een belangrijke rol speelt.

1.1. Kennis en vaardigheid

De ziekenhuisarts;

- *beschikt over voldoende kennis van de algemene ziektekunde, zoals wondgenezing, water- en zouthuishouding, circulatie en ventilatie, voeding en metabolisme, hemostase, infectie en afweer, en farmacotherapie. $\diamond 1$*
- *kent de klinische presentaties van frequent voorkomende ziektebeelden en medische zorgvragen op klinische afdelingen. $\diamond 1$*

- *is in staat de interactie tussen meerdere (chronische) aandoeningen die gelijktijdig voorkomen, te onderkennen. ◊2*
- *is deskundig in de integrale en specialisme-overstijgende benadering van de patiënt. ◊2*
- *is in staat de psychosociale context van een patiënt te beoordelen en kent de implicaties hiervan voor diagnostiek, behandeling en vervolgtraject. ◊2*
- *verwerft deskundigheid op gebied van indicatie en bijbehorende risico's van de in het opleidingsplan genoemde procedures en vaardigheden ◊1*

1.2 Toepassen diagnostisch en therapeutisch arsenaal

De ziekenhuisarts verwerft kennis en past deze adequaat toe, op het terrein van:

- *anamnese en lichamelijk onderzoek bij zorgvragen die algemeen medische zorg respectievelijk frequent voorkomende (chronische) ziektebeelden betreffen.◊1*
- *laboratoriumdiagnostiek, voor zover die de algemene ziektekunde respectievelijk meest voorkomende aandoeningen van in het ziekenhuis opgenomen patiënten betreft.◊1*
- *beeldvormende diagnostiek en functieonderzoek die algemene medische zorgvragen respectievelijk meest voorkomende aandoeningen die een opname in een ziekenhuis noodzaken, betreffen.◊1*
- *probleemoplossend vermogen ten aanzien van zorgvragen die de algemene medische zorg betreffen.◊1*
- *therapeutisch beleid, met speciale aandacht voor de betekenis van en effecten op de langere termijn in de context van comorbiditeit.◊2*
- *farmacotherapie, met speciale aandacht voor herkenning van polyfarmacie, met name bij de kwetsbare (oudere) patiënt bij wie comorbiditeit een belangrijke rol speelt, in afstemming met andere, bij de zorg om de patiënt betrokken, behandelaar(s).◊1*
- *pre- en postoperatieve zorg en het medicamenteuze beleid in deze periode.◊2*
- *uitvoering van de in het opleidingsplan genoemde procedures en vaardigheden.◊1*

1.3 Effectieve en ethisch verantwoorde zorg

De ziekenhuisarts

- *houdt rekening met en respecteert aard, sekse, leeftijd, familie, cultuur, omstandigheden, vermogens en toestand van de patiënt bij onderzoek en behandeling.◊2*
- *herkent ethische aspecten, betreft die bij medische beslissingen en kan deze verantwoorden tegenover andere zorgprofessionals.◊2*
- *neemt kennis van het binnen een verpleegafdeling geldende medisch beleid en regels, afspraken en protocollen, en past deze adequaat toe.◊1*
- *signaleert bedreigingen voor het medisch, psychisch en sociaal welzijn van de patiënt en neemt passende maatregelen.◊2*

1.4 Vinden, toepassen en delen van informatie

De ziekenhuisarts

- *weet hoe en waar op efficiënte wijze kennis te vergaren ten behoeve van de zorg van een patiënt voor wie hij de verantwoordelijkheid heeft aanvaard. Hiertoe weet hij op gepaste wijze gebruik te maken van raadpleging van andere zorgverleners in het zorgproces (specialisten, verpleegkundigen, thuiszorg, GGZ, huisarts etc.). ◊1*
- *heeft kennis van het verkrijgen van medische informatie via ICT t.b.v. patiëntenzorg en past die toe. ◊1*

2. Communicatie

De ziekenhuisarts is in staat effectief te communiceren met patiënten en/of familie, andere artsen en zorgverleners.

De ziekenhuisarts kan zich inleven in en goed omgaan met de emoties van de patiënt en diens naasten/begeleiders.

2.1. Behandelrelatie

De ziekenhuisarts

- *heeft een open houding naar de patiënt, ongeacht sekse, levensfase, sociale en economische status, opleiding, etnische achtergrond, cultuur, seksuele geaardheid en levensovertuiging. ◊1*
- *toont begrip voor de situatie van de patiënt (ook in uitzonderlijke situaties) en diens sociale achtergrond en houdt hiermee rekening bij het onderzoek, advies, behandeling en begeleiding. ◊1*
- *toont begrip voor de betekenis van de ziekte voor de patiënt en zijn naasten en aandacht voor de wijze waarop dezen hiermee omgaan. ◊1*
- *is in staat met de patiënt (en diens naaste(n)) een gesprek over prognose, behandelings-(on)mogelijkheden, beleidsrestricties en beslissingen aan het einde van het leven te voeren. ◊2*

2.2 Luisteren en verkrijgen patiëntinformatie

De ziekenhuisarts

- *beheerst de anamnese gericht op algemeen medische zorgvragen, frequent voorkomende (chronische) ziektebeelden en van de meest voorkomende aandoeningen die een opname in een ziekenhuis noodzakelijk maken. ◊1*
- *beheerst de anamnese gericht op de psychosociale situatie van de patiënt. ◊1*
- *is in staat een anamnese af te nemen waarbij aandacht is voor de zorgen, verwachtingen en (ziekte)ervaringen van de patiënt. ◊1*
- *is in staat een anamnese uit te voeren bij patiënten van een andere cultuur en weet hoe met een taalbarrière om te gaan. ◊1*
- *is in staat, wanneer de situatieve context dit vereist, door een gerichte anamnese in korte tijd noodzakelijk geachte informatie te verkrijgen. ◊1*
- *is in staat informatie te verzamelen, te ordenen en te synthetiseren, gebruikmakend van andere bronnen zoals familie, artsen en andere hulpverleners. ◊1*

2.3. Bespreken medische informatie met patiënt en diens naasten

De ziekenhuisarts

- *kan op een gestructureerde, effectieve en empathische wijze medische informatie overdragen en de patiënt en diens begeleiders informeren over de voor- en nadelen van onderzoek, behandeling, mogelijke bijwerkingen en risico's en het te verwachten beloop van de ziekte. ◊1*
- *is in staat de patiënt en diens naasten op begrijpelijke en humane wijze voor te lichten met als doel de patiënt zoveel mogelijk te betrekken bij de besluitvorming over het diagnostisch en therapeutisch beleid. ◊1*
- *gaat na of de patiënt de informatie heeft begrepen en neemt maatregelen als de informatie niet duidelijk is. ◊1*
- *is in staat slechtnieuwsgesprekken te voeren. ◊2*
- *kan adequaat uitleg geven over bevindingen en over de redenen waarom wel of niet verdere behandeling wordt voorgesteld. ◊1*
- *kan de patiënt informeren en eventueel toestemming vragen voor deelname aan wetenschappelijk onderzoek of onderwijs. ◊1*

2.4 Verslaglegging en mondelinge overdracht

De ziekenhuisarts

- *registreert patiëntinformatie zorgvuldig, volledig, duidelijk, compleet en tijdig ten behoeve van het patiëntendossier. ◊1*
- *geeft blijk van deskundigheid en zorgvuldigheid op het gebied van schriftelijke berichtgeving en doet dit op tijdige wijze naar de bij de zorg van de patiënt betrokken zorgverleners, zowel intra- als extramuraal. ◊1*
- *legt zorgvuldig in het medisch dossier vast wanneer en waarover de patiënt (en/of diens) familie is geïnformeerd. ◊1*

3. Samenwerking

De ziekenhuisarts is in staat om een collegiale relatie op te bouwen, waarbij hij er blijk van geeft open te staan voor samenwerking en de deskundigheid van anderen.

De ziekenhuisarts werkt doeltreffend in multidisciplinair teamverband. Hij is teamspeler bij uitstek. De ziekenhuisarts heeft, samen met de daarvoor verantwoordelijk verpleegkundige(n), een coördinerende rol op de verpleegafdeling.

De ziekenhuisarts heeft kennis van de zorgverlenende instanties en gezondheidszorginstellingen buiten het ziekenhuis en onderhoudt nauw contact met zorgverleners aldaar werkzaam, waaronder de huisarts en specialist ouderengeneeskunde. Hij borgt de overdracht van zorg na ontslag uit het ziekenhuis, en is expert op het gebied van de transmurale zorg.

3.1. Overleg met collegae en andere zorgverleners

De ziekenhuisarts

- *onderhoudt collegiale relaties waarbij hij eigen inbreng en die van anderen kan combineren. ◊1*
- *is bij uitstek teamspeler en is in staat te kunnen samenwerken met collegae, zowel intra- als extramuraal. ◊1*
- *is in staat verschillende standpunten en meningen te wegen en te komen tot een synthese in het belang van de patiënt. ◊2*

3.2. Verwijzing

De ziekenhuisarts

- *heeft inzicht in de grenzen van de eigen deskundigheid en mogelijkheden en is bekend met- en respecteert de deskundigheid van andere specialisten en zorgverleners in de patiëntenzorg. ◊1*
- *vraagt adequaat consult, stelt de juiste consultvraag en kan consulten van andere specialisten juist interpreteren. ◊1*

3.3 Leveren intercollegiaal consult

Niet van toepassing

3.4 Multidisciplinaire samenwerking en ketenzorg

De ziekenhuisarts

- *is in staat adequaat in teamverband te functioneren en daarbij de verschillende hiërarchische en functionele rollen te herkennen en te respecteren. ◊1*
- *werkt effectief samen binnen multidisciplinaire teams van wisselende samenstelling, brengt eigen expertise en meningen in, maar is ook ontvankelijk voor andere standpunten. ◊1*
- *kan bij multidisciplinair overleg zowel de rol van participierend lid als die van voorzitter vervullen. ◊3*

- *levert een bijdrage aan het optimaal functioneren van de verpleegafdeling als schakel in de zorgketen. ◊3*
- *is verantwoordelijk voor de zorg voor de patiënt voor wie hij de zorg heeft aanvaard tot het moment dat hij zeker heeft gesteld dat deze zorg op correcte wijze, met alle benodigde informatie is overgedragen aan een andere zorgprofessional, en controleert of de informatie als zodanig is overgekomen. ◊1*
- *beschikt over kennis en inzicht met betrekking tot de organisatie van multidisciplinaire zorgverlening en past deze kennis adequaat toe. ◊1*
- *beschikt over kennis van de in het betreffende ziekenhuis vigerende zorgpaden en protocollen. ◊1*
- *beschikt over kennis en inzicht met betrekking tot de organisatie van transmurale zorg en past deze kennis adequaat toe. ◊2*
- *is in staat een (dreigend) inter-professioneel conflict te herkennen, te voorkomen, of op te lossen en respecteert daarbij verschillen van mening, misverstanden en beperkingen van betrokkenen. ◊3*
- *bewaakt binnen een multidisciplinair team de kwaliteit van de algemene medische zorg die verleend wordt aan individuele patiënten en aan patiëntengroepen die vanwege hun specifieke ziektebeelden, leeftijd of chroniciteit op een behandeling door meerdere artsen en/of meerdere medische disciplines zijn aangewezen. ◊3*

4. Kennis en wetenschap

De ziekenhuisarts werkt aan de ontwikkeling en optimalisering van zijn vakgebied met behulp van wetenschappelijk onderzoek en analyse van gegevens uit de dagelijkse praktijk, zoals audits.

De ziekenhuisarts vervult een rol in het onderwijs aan aios, co-assistenten, verpleegkundigen en andere zorgverleners op de verpleegafdeling.

4.1. Medische informatie kritisch beschouwen

De ziekenhuisarts

- *heeft een gefundeerde kritische houding t.o.v. wetenschappelijke kennis waarop het medisch handelen is gebaseerd. ◊1*
- *is in staat onderzoek m.b.t. eigen vakgebied te presenteren, te interpreteren en te evalueren. ◊1*
- *weet n.a.v. zorgvragen medische literatuur te vinden en te beoordelen op basis van 'evidence-based medicine'-principes. ◊1*
- *weet hoe klinisch epidemiologische kennis, opgedaan in groepen patiënten, vertaald kan worden naar de individuele patiënt. ◊2*
- *kan omgaan met situaties waarbij weinig of geen 'evidence-based' gegevens voorhanden zijn. ◊2*

4.2. Bevordering en ontwikkeling van vakkennis

De ziekenhuisarts

- *levert een bijdrage aan de ontwikkeling van het wetenschappelijk domein van de ziekenhuisgeneeskunde door zelf onderzoek- en/of kwaliteitsprojecten op te zetten dan wel deel te nemen aan dergelijke projecten, opgezet vanuit andere disciplines. ◊3*
- *ontwerpt en evalueert efficiënte, effectieve, veilige en patiëntvriendelijke onderzoek- en behandelingsprocedures waarbij meerdere medische specialismen zijn betrokken. ◊3*
- *beschikt over kennis van ethische en medisch-maatschappelijke aspecten van onderzoek. ◊3*
- *Presenteert en publiceert uitkomsten van onderzoek- en/of kwaliteitsprojecten van het eigen werkdomein. ◊3*

4.3. Persoonlijk bij- en nascholingsplan

De ziekenhuisarts

- *blijft op de hoogte van medisch-inhoudelijke ontwikkelingen op het gebied van de ziekenhuisgeneeskunde en vermeedert deze kennis in een continu leerproces. ◊1*
- *zorgt actief voor het op peil houden van kennis en vaardigheden nodig voor de eigen beroepsuitoefening en verdere professionalisering. ◊1*

4.4. Bevordering deskundigheid van anderen

De ziekenhuisarts

- *geeft onderwijs aan studenten, co-assistenten, verpleegkundigen en andere zorgprofessionals en AIOS. ◊1*
- *levert een bijdrage aan de opleiding tot ziekenhuisarts. ◊3*
- *draagt verantwoordelijkheid voor het organiseren van refereerbijeenkomsten en voorlichtingsactiviteiten binnen het werkgebied, verzorgt klinische lessen, presentaties, voordrachten en/of publicaties voor medische en paramedische opleidingen. ◊3*

5. Maatschappelijk handelen

De ziekenhuisarts is zich bewust van de betekenis van sociale en culturele determinanten op het welbevinden van patiënten met speciale aandacht voor de kwetsbare (vaak oudere) patiënt met comorbiditeit.

De ziekenhuisarts herkent infectieziekten die zich in een ziekenhuis verspreiden en neemt, met betrekking tot deze infectieziekten, passende maatregelen in afstemming met ziekenhuishygiënist.

De ziekenhuisarts neemt initiatief bij (maatschappelijke) discussies over de toegankelijkheid van en bereikbaarheid binnen de zorgketen (afstemming 1^e en 2^e lijn).

De ziekenhuisarts heeft kennis van preventieve zorg en is op de hoogte van relevante wetgeving.

5.1. Determinanten van ziekte herkennen

De ziekenhuisarts

- *houdt rekening met de verschillende levensfasen van de patiënt en diens sociale achtergrond en is zich bewust van de gevolgen van ziekte voor de gezinsleden en verdere omgeving. ◊2*
- *kent de belangrijkste determinanten die de gezondheid van kwetsbare (vaak oudere) patiënten met comorbiditeit bedreigen. ◊2*
- *heeft inzicht in menselijk gedrag in verschillende omstandigheden (m.n. probleemsituaties), en bij verschillende culturele achtergronden. ◊2*
- *heeft inzicht in sociale en maatschappelijke gevolgen van intoxicaties en verslaving. ◊1*

5.2. Gezondheid bevorderen

De ziekenhuisarts

- *kent de determinanten van volksgezondheid zoals demografische, sociale, culturele en economische factoren en heeft kennis van de relatieve omvang van ziekte, handicap en sterfte en de verdeling daarvan binnen verschillende bevolkingsgroepen. ◊1*
- *maakt een adequate inschatting van de psychosociale voorwaarden om een patiënt verantwoord te kunnen laten terugkeren naar de thuissituatie. ◊2*
- *heeft kennis op het gebied van arbeidsongeschiktheid en bevordert het behoud van arbeidsgeschiktheid. ◊3*
- *is deskundig op het gebied van de preventieve geneeskunde (zoals preventie van trombose, decubitus, osteoporose, wondinfecties etc.) en levert een bijdrage aan preventieprogramma's. ◊1*
- *neemt, in samenwerking met de ziekenhuishygiënist, initiatief ter preventie van verspreiding van nosocomiale infectieziekten. ◊3*

5.3. Relevante wettelijke bepalingen en regelgeving

De ziekenhuisarts

- *handelt in het licht van de gedane belofte of eed. ◊1*
- *handelt in overeenstemming met vigerende wetgeving, waaronder met name de wet BIG, WGBO, Wet Orgaandonatie, Wet op de privacy (WBP), Wet op de levensbeëindiging (WOLB), FONA, METc- en WMO-regelgeving, Beleidsregels gunstbetoon, en de WBP. ◊1*
- *kent de criteria voor het bepalen van wilsonbekwaamheid, handelt in overeenstemming met deze criteria en neemt zo nodig beslissingen in het belang van de patiënt. ◊1*
- *kent de criteria en mogelijkheden van donatie, handelt in overeenstemming met deze criteria. ◊1*
- *handelt volgens de gedragsregels van de KNMG. ◊1*

5.4. Incidenten in de zorg

De ziekenhuisarts

- *is bekwaam in situaties waarin de patiëntveiligheid in het geding is of (extra) aandacht vraagt en weet in voorkomende situaties adequaat preventief te handelen. ◊1*
- *herkent incidenten in de patiëntenzorg, tracht deze door bespreking en verbetering van processen hanteerbaar te maken, weet hoe deze incidenten correct te melden en neemt vervolgens passende correctieve en/of preventieve maatregelen. ◊2*
- *maakt complicaties, opgetreden bij de behandeling van patiënten, bespreekbaar, zowel voor collega's als voor de patiënt. ◊2*
- *herkent gemaakte fouten, zowel van zichzelf als van anderen, maakt deze bespreekbaar en weet er lering uit te trekken. ◊1*
- *informeert de patiënt desgewenst over klachtenprocedures en instanties. ◊1*

6. Organisatie

De ziekenhuisarts is verantwoordelijk voor het faciliteren van doelmatige medische zorgverlening aan patiënten die op behandeling door artsen van één of meer verschillende specialismen, vaak ook buiten het eigen ziekenhuis, zijn aangewezen.

De ziekenhuisarts is in staat de regie en coördinatie op een verpleegafdeling uit te oefenen met betrekking tot de kwaliteit van zorg en patiëntveiligheid.

De ziekenhuisarts weet op passende wijze bij te dragen aan een doelmatige bedrijfsvoering op de verpleegeenheid door samen met hoofdbehandelaars en andere zorgprofessionals prioriteiten en doelen te stellen, rekening houdend met het beleid van het ziekenhuis en gegeven de beschikbare mensen en middelen.

De ziekenhuisarts gaat op flexibele en slagvaardige wijze om met de wisselende en soms onvoorspelbare omstandigheden op de verpleegafdeling en toont leiderschap indien situaties daarom vragen.

6.1. Organiseren naar balans

De ziekenhuisarts

- *verdeelt de energie goed en bewaakt de persoonlijke balans tussen patiëntenzorg, leerbehoeften van de opleiding, persoonlijke ontwikkeling en andere (sociale) activiteiten. ◊1*
- *kan medisch handelen in de beroeps- en privésfeer scheiden. ◊1*
- *kan omgaan met stress. ◊1*
- *past principes van timemanagement adequaat toe. ◊1*

6.2. Verantwoorde besteding van beschikbare middelen

De ziekenhuisarts

- *bezit kennis en vaardigheden om op een passende wijze gebruik te maken van de beschikbare middelen en voorzieningen in de zorg, en draagt daarmee bij tot een zo effectief en efficiënt mogelijke bedrijfsvoering rekening houdend met het beleid van het ziekenhuis en budgettaire kaders. ◊1*
- *stelt de indicatie voor aanvullend onderzoek adequaat, daarbij rekening houdend met de te verwachten opbrengst, relevantie voor het verdere besluitvormingsproces, wensen van en belasting voor de patiënt en met de kosten van het aanvullend onderzoek. ◊1*
- *gaat waar mogelijk volgens richtlijnen te werk. ◊1*
- *houdt rekening met invloeden die een behandeling positief en negatief kunnen beïnvloeden waaronder de inschatting van therapietrouw en de psychosociale context. ◊2*
- *weegt de betekenis van behandeling af in relatie tot levenskwaliteit en -duur. ◊2*
- *beschikt over praktische kennis met betrekking tot mogelijkheden van interventie door paramedici, taakverschuiving en taakdelegatie. ◊2*

6.3. Effectief en doelmatig werken

De ziekenhuisarts

- *is op de hoogte te zijn van de wijze waarop verpleegafdeling en ziekenhuis zijn ingericht en maakt adequaat gebruik van diverse informatiestromen, procedures en protocollen. ◊1*
- *is in staat de regie en coördinatie van de patiëntenzorg op de verpleegafdeling uit te voeren vanuit het perspectief van clinical governance. ◊3*
- *participeert in overleg en werkgroepen gericht op het verbeteren van de werkorganisatie en de samenwerking tussen de verschillende medewerkers op de afdeling (en het ziekenhuis). ◊1*
- *draagt bij aan de ontwikkeling van gegevensregistratie die van belang is voor bedrijfsvoering c.q. kwaliteit van zorg. ◊1*
- *is in staat een onderwerp/zorgproces voor een clinical audit te selecteren, deze uit te voeren, te evalueren en te presenteren. ◊3*
- *bevordert de kwaliteit van zorg en patiëntveiligheid door bevordering van het opstellen en toepassen van richtlijnen en protocollen binnen een verpleegeenheid. ◊3*
- *voert methodisch onderzoek uit naar de doelmatigheid en effectiviteit van de verleende medische zorg, en naar oorzaken van onverwachte verschijnselen tijdens medische behandeling. ◊3*
- *draagt zorg voor implementeren en borgen van kwaliteit van zorg en patiëntveiligheid. ◊3*
- *draagt bij aan een effectieve en efficiënte bedrijfsvoering, rekening houdend met het beleid van ziekenhuis en budgettaire kaders (beschikbare mensen en middelen). ◊1*
- *draagt bij aan de zorg voor een veilig werkklimaat. ◊1*
- *gaat op flexibele en slagvaardige wijze om met de wisselende en soms onvoorspelbare omstandigheden op de verpleegafdeling en kan, in geval van urgentie, prioriteren. ◊1*
- *is op de hoogte van buiten de eigen zorginstelling beschikbare mogelijkheden van mantelzorg, thuiszorg en andere hulpverleningsinstanties, indicaties voor kortdurende opnames en verpleeghuis en houdt rekening met eventuele schaarste in deze zorgfaciliteiten. ◊2*

6.4. Gebruik ICT

De ziekenhuisarts

- *gebruikt informatietechnologie voor het optimaliseren van de patiëntenzorg, onderwijs/opleiding en andere activiteiten (m.n. onderzoek). ◊1*
- *beschikt over kennis van informatie- en communicatietechnologie en past deze toe. ◊1*
- *gebruikt informatietechnologie t.b.v. het toepassen van een kwaliteitssysteem. ◊3*

7. Professionaliteit

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

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

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

De ziekenhuisarts kent zijn eigen grenzen en oefent met een niet-oordelende grondhouding op ethisch verantwoorde wijze de geneeskunde uit.

7.1. Hoogstaande patiëntenzorg op integere, oprechte en betrokken wijze

De ziekenhuisarts

- *levert hoogstaande zorg waarbij affectieve, emotionele en cognitieve dimensies van de patiënt een plaats krijgen in het medische beleid. ◊1*
- *is in staat om in alle omstandigheden met onverdeelde aandacht te werken. ◊1*
- *is in staat om in zijn beroepsuitoefening empathie te tonen. ◊1*
- *toont besef van de afhankelijke positie van de patiënt. ◊1*
- *toont een actieve instelling waarbij hij eigen lacunes of onvolkomenheden in de beroepsuitoefening opspoot en tracht deze via nascholing of anderszins op te heffen. ◊1*
- *kan feedback geven en ontvangen en laat zien hieruit lering te trekken. ◊1*

7.2. Persoonlijk en interpersoonlijk professioneel gedrag en reflectie

De ziekenhuisarts

- *streeft naar excellentie. ◊1*
- *heeft een niet-oordelende grondhouding. ◊1*
- *is zich bewust van de emotionele en cognitieve (waarden, levenservaring, vaardigheden, beperkingen, denkgewoontes, voorkeuren) aspecten in zijn handelen, inclusief de effecten daarvan op de interactie en communicatie met patiënten, diens familie/begeleiders en andere zorgprofessionals. ◊1*
- *toont nieuwsgierigheid en de bereidheid om gewoontes, vooroordelen, houding en fouten van zichzelf en van naaste medewerkers kritisch onder de loep te nemen. ◊1*
- *gaat adequaat om met eigen gevoelens, remmingen, normen en waarden, in relatie tot bepaalde gevoelens, opgeroepen door contact met een patiënt of iemand in diens directe omgeving (irritatie, afkeer, schaamte, erotiek, etc.). ◊1*
- *is zich bewust van het belang van non-verbale signalen, kan deze bij zichzelf herkennen en hier adequaat mee omgaan. ◊1*
- *is in staat irrationeel gedrag te herkennen en past zijn handelen hierop aan. ◊1*
- *signaleert gevoelens van onvrede, aanwezig bij de patiënt en/of zichzelf en maakt deze bespreekbaar. ◊1*
- *laat zien in staat te zijn om zijn oordeel op te schorten bij intercollegiaal overleg, en n.a.v. dit overleg zo nodig aan te passen. ◊1*
- *herkent affect en emoties in intercollegiaal overleg. ◊1*
- *herkent irrationeel gedrag tussen professionals en maakt dit bespreekbaar. ◊1*
- *gaat adequaat om met hiërarchisch professionele relaties zoals een opleidingsrelatie of hiërarchie gebaseerd op macht, structuur of expertise. ◊1*

7.3. Kennen grenzen van eigen competenties

De ziekenhuisarts

- *heeft een eigenstandige zorgplicht en zal geen handelingen verrichten die buiten zijn kennis of vermogen liggen. ◊1*
- *geeft blijk van besef dat het voor het functioneren als ziekenhuisarts van belang is dat hij kan omgaan met onzekerheid en eigen beperkingen kan onderkennen. ◊1*
- *laat zien in staat te zijn eigen taken af te bakenen ten opzichte van andere medische disciplines en de verpleegkundige professie. ◊1*

7.4. Geneeskunde uitoefenen naar ethische normen en reflectie

De ziekenhuisarts

- *gaat binnen het kader van de beroepsethiek bewust om met voorkomende verschillen in normen en waarden. ◊2*
- *verleent op zorgzame, empathische en gewetensvolle wijze geneeskundige zorg zonder vooroordelen. ◊1*
- *handelt conform de geldende beroepscode en wet- en regelgeving. ◊1*
- *is in staat om ethische aspecten en morele vragen die bij medische beslissingen in het geding zijn te herkennen en te analyseren. ◊3*
- *committeert zich aan ethische beginselen met betrekking tot het al dan niet leveren van klinische zorg, vertrouwelijkheid van patiëntgegevens, vertrouwelijk verkregen toestemming (informed consent) en bedrijfsvoering. ◊1*

3. Samenhang tussen competenties, leerdoelen en leermiddelen

De competenties van de ziekenhuisarts zijn uitgewerkt als competentie gebonden leerdoelen (hoofdstuk 2) en als thema's, klinische presentaties, ziektebeelden, vaardigheden (beschreven in bijlage 8). Om al deze leerdoelen te bereiken tijdens de opleiding zijn leermiddelen nodig. Van deze leermiddelen is een aantal verplicht, een aantal is door de AIOS te kiezen en een aantal is vrij in te vullen door de opleider. Een overzicht van deze verschillende leermiddelen staan in tabel 1 op blz. 21 en 22.

De opleiding tot ziekenhuisarts bestaat uit het volgen van opleidingsonderdelen gedurende drie jaar. Deze opleidingsonderdelen bestrijken samen het vakgebied ziekenhuisgeneeskunde en vormen de kern van de verplichte leermiddelen. Zij zijn op de werkvloer voor de ziekenhuisartsen i.o. herkenbaar aan de aard van de betrokken patiëntpopulaties. Alle opleidingsonderdelen bieden de mogelijkheid tot het groeien in de diverse competenties.

Er zijn verplichte opleidingsonderdelen die door alle ziekenhuisartsen i.o. worden gevolgd en er is een keuze-opleidingsonderdeel. Aan deze opleidingsonderdelen worden opleidingsonderdeel-afhankelijke leerdoelen gekoppeld, die dus altijd door alle ziekenhuisartsen i.o. moeten kunnen worden behaald.

Door groei van de ziekenhuisartsen i.o. gedurende de gehele opleiding wordt het niveau van de ziekenhuisarts i.o. bereikt voor alle competenties. Deze groei wordt bewaakt in de voortgangsgesprekken tussen opleider en ziekenhuisarts i.o.. Zie daarvoor hoofdstuk 6; evaluatie, beoordeling en toetsing. Verslaglegging en documentatie ten aanzien van deze groei is terug te vinden in het portfolio van de ziekenhuisarts i.o.

De ziekenhuisarts i.o. bespreekt de voor hem geldende leerdoelen per opleidingsonderdeel (opleidingsonderdeel-afhankelijk, opleidingsonderdeel-onafhankelijk en individuele) vooraf met de supervisor die het betreffende opleidingsonderdeel begeleidt in een begin-opleidingsonderdelen-blokgesprek. Bijzondere aandacht dient hierbij uit te gaan naar het individuele leerdoel. Deze individuele leerdoelen worden vastgesteld tijdens het voortgangsgesprek met de opleider. Zo wordt niet nodeloos veel energie gestoken in competenties die al op het nodige niveau blijken te zijn ontwikkeld en slechts 'periodiek onderhoud' behoeven, en wordt extra aandacht besteed aan achterblijvende competenties, zodat een evenwichtig competentieprofiel ontstaat tijdens de opleiding. Halverwege én aan het eind van elk opleidingsonderdeel wordt in een opleidingsonderdeel-blokgesprek de voortgang van de ziekenhuisarts i.o. met de supervisor besproken en schriftelijk vastgelegd.

De supervisie zal sterk worden bepaald door het opleidingsniveau. Tijdens het eerste jaar is deze intensief, en geleidelijk zal de ziekenhuisarts i.o. zelfstandiger gaan werken. Bij aanvang van een nieuw opleidingsonderdeel zal het proces van intensieve supervisie naar meer zelfstandigheid zich steeds herhalen.

De kennis en vaardigheid om adequaat te handelen zal geleidelijk toenemen. In de periode van drie jaar dienen alle leerdoelen gefaseerd aan de orde te komen. De opleider is ervoor verantwoordelijk om eventuele deficiënties aan te vullen met aanvullend onderwijs. Met de voortgang van de opleiding is er een geleidelijk verdere toename van deskundigheid van de klinische presentaties en ziektebeelden. Naast de opleidingsonderdeel-onafhankelijke leerdoelen die aan het keuze-opleidingsonderdeel worden toegekend, kent het keuze-opleidingsonderdeel ook leerdoelen die opleidingsonderdeel-specifiek zijn en tot verdieping in specifieke delen van het vak leiden (zie bijlage competentiematrix.)

De structuur van de opleiding

- Jaar 1:

In dit jaar worden er opleidingsonderdelen gedaan binnen de interne geneeskunde. Naast 8 maanden zaal-opleidingsonderdeel, zal de ziekenhuisarts i.o. ook werkzaam zijn in de dienst en op de Acute Opname Afdeling of SEH, om ervaring op te doen in acute situaties. Dit kan in de vorm van lijnen/of bloklere. De volgorde waarin staat daarmee dan ook niet vast en wordt door de opleider in overleg met de ziekenhuisarts i.o bepaald.

- Jaar 2, Jaar 3 (1e helft): (in willekeurige volgorde)

8 maanden peri-operatieve opleidingsonderdelen;

bestaande uit 2 maanden pre-operatieve polikliniek anesthesiologie voor het leren van zaken die van belang zijn om het operatie risico in te schatten en belang pre-operatieve maatregelen. Dit wordt gevolgd door 2 maanden post anesthesie care unit, om ervaring op te doen met de directe postoperatieve zorg. Daarna 4 maanden zaal-opleidingsonderdeel op een heelkundige afdelingen, voor het opdoen van ervaring met nazorg voor grote operaties van met name buik en thorax.

4 maanden Neurologie

De ziekenhuisarts i.o. kan tijdens deze zaal-opleidingsonderdeel ervaring op doen met het omgaan en de specifieke zorg van patiënten met neurodegeneratieve en vasculaire neurologische aandoeningen.

4 maanden Interne-Ouderengeneeskunde/klinische geriatrie

Tijdens dit opleidingsonderdeel is de aandacht vooral gericht op de zorg rondom de oudere patiënt met vaak multimorbiditeit, polyfarmacie, delier behandeling en preventie.

2 maanden Huisarts/Ouderengeneeskunde

De ZHA wordt geacht een belangrijke rol te vervullen in de coördinatie en continuïteit van zorg, zowel binnen als buiten de instelling. De aandacht richt zich specifiek op de leerdoelen betreffende het ontslagbeleid en nazorg van opgenomen patiënten en de communicatie met eerste en derde lijn hierover. De ziekenhuisarts krijgt inzicht hoe de huisarts resp. specialist ouderengeneeskunde omgaat met zorgvragen waarbij het accent ligt op organisatie van huisartsenpraktijk resp. ouderengeneeskunde met specifieke aandacht voor:

- Taken van praktijkassistenten, praktijkondersteuner(s) en andere medewerkers kenmerken en mogelijkheden van gegevensuitwisseling tussen de preventieve en curatieve sector
- Mogelijkheden die er zijn betreffende zelfzorg, mantelzorg, thuiszorg en verpleeghuiszorg met het oog op chronisch resp ongeneeslijk zieken als ook palliatieve zorg
- Mogelijkheden van en indicaties voor interventie door paramedici en hulpverleners op het psychologische, sociale en pastorale vlak
- Eigen maken van principes van 'advanced care planning'

(leerdoelen zijn opgenomen in bijlage 10)

De huisarts en/of specialist ouderenzorg die de AIOZ begeleiden maken deel uit van de opleidingscommissie, waarvan de andere leden de leden van de opleidingsgroep zijn.

Bij het leren en ontwikkelen van de AIOZ betreft het steeds het perspectief van de AIOZ in zijn rol als ZHA. De in de bijlage geformuleerde leerdoelen moeten dan ook in die context worden gezien. Om hieraan goed invulling te kunnen geven zal de AIOZ ervaring op moeten doen met het werkveld van de 1ste en 3de lijn, specifiek in de huisartsgeneeskunde en/of ouderengeneeskunde. De stage zelf is daarmee een belangrijk leermiddel. De AIOZ zal betrokken worden bij diverse activiteiten waarin

m.n. de kennis rondom de transmurale en extra murale zorg ontwikkeld wordt. Hiervoor zal de AIOZ tevens een toegespitste leeropdracht uitvoeren. Deze zal in het lokale plan worden uitgewerkt zodat recht gedaan kan worden aan de lokale situatie.

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

De duur van de stage is in totaal maximaal 2 maanden. In afstemming met opleider en AIOZ kan daarbinnen een keuze gemaakt worden en wie de stagebegeleider is. het kunnen behalen van leerdoelen en leeropdracht zijn leidend hierin.

De specifieke leermiddelen en toetsen worden in het lokale opleidingsplan uitgewerkt. Voorbeelden zijn:

- Gestructureerd onderwijs (voorlichting, kennisoverdracht)
- Uitvoeren van een leeropdracht op locatie (met in elk geval werkbezoeken aan huisartspraktijk, verpleeghuis, hospitaal, revalidatie instelling respectievelijk thuiszorg)

- Jaar 3, 2e helft:

6 mnd op afdeling naar keuze

Tijdens het laatste half jaar zal, naast het ontwikkelen van een aantal nieuwe leerdoelen, een integratie plaats vinden van de leerdoelen uit de eerste jaren. De AIOZ zal functioneren als een ziekenhuisarts, waarbij hij supervisie krijgt van de opleidingsgroep. De mate van zelfstandigheid van de AIOZ neemt toe met het accent op de specifieke functie van ZHA. Dit komt o.a. tot uiting in de meesterproef waarmee de AIOZ de opleiding zal afronden. Het specialisme waarin de AIOZ deze ontwikkeling doormaakt is: heekunde, neurologie, urologie, orthopedie, of gynaecologie. In overleg met opleider en AIOZ zal dit lokaal worden bepaald. De keuze van de meesterproef kan de keuze voor het specialisme mede beïnvloeden.

Werkwijze:

Voorafgaand aan het laatste half jaar zal op basis van de ontwikkeling van de AIOZ en de voorkeur voor een bepaald specialisme de opleider en AIOZ bepalen hoe het laatste half jaar zal worden ingericht. De planning en uitvoering worden in het individuele opleidingsplan van de AIOZ vastgelegd.

Het geheel moet voldoen aan de volgende eisen:

- leerdoelen vastleggen die specifiek zijn voor de laatste periode (naast de leerdoelen die geïntegreerd ontwikkeld moeten worden);
- koppeling maken met welke opleidingsactiviteiten verricht gaan worden om de leerdoelen eigen te maken (vaak aangevuld met cursorisch onderwijs);
- vastgelegd wordt hoe de opleider en AIOZ de voortgang in deze ontwikkeling tussentijds en aan het eind evalueren (toetsing) inclusief het te behalen niveau;
- idem worden de afspraken die zijn gemaakt over de meesterproef hierin opgenomen;
- tot slot worden er afspraken gemaakt over tijdsinvestering en planning.

Als rode draad lopen patiëntveiligheid en intervisie als leermiddelen door de opleiding heen.

In onderstaande figuur is bovenstaande overzichtelijk weergegeven van de curriculum opbouw.

Jaar 1	Jaar 2/ 1 ^e helft jaar 3	2 ^e helft jr. 3
Patiëntveiligheid-Kwaliteitszorg (Lintprogramma)		
Intervisie		
Interne Geneeskunde (incl. SEH/AOA 4 mnd.)	Perioperatief proces (Anesthesiologie-Heelkunde) 8 mnd. Neurologie 4 mnd. Interne-Ouderengnk of Klin. Geriatrie 4 mnd. Extramurale Zorgcoördinatie en Communicatie 2 mnd.	Klinische Stage naar Keuze + 'Meesterwerk'

Tabel 1 - NIET-OPLEIDINGSONDERDEELGEBONDEN LEERMIDDELEN

Verplichte leermiddelen:

Landelijk georganiseerde onderwijsdagen (12 in drie jaar) waarin de navolgende onderwerpen aan bod komen; alle onderwerpen worden lokaal voorbereid (1 per kwartaal).

1. water/zouthuishouding; zuur/basestoornissen; infusiotherapie; vochtbalans
2. metabolisme; voeding
3. farmacotherapie/ polyfarmacie
4. clinical governance; ziekenhuismanagement
5. circulatie; ventilatie; bewaking vitale functies
6. pre-peri-postoperatief
7. palliatieve zorg/pijnbestrijding
8. inleiding in epidemiologie van de belangrijkste 6 specialismen
9. top 10 patiëntzorgtopics: w.o. tromboseprofylaxe, delierpreventie
10. koorts in context van specialisme; antibioticabeleid; immuun gecompromitteerde patiënt
11. transfer van zorg; organisatie zorg buiten ziekenhuis
12. de kwetsbare (oudere) patiënt

Centrale terugkomdagen zijn belangrijk, met name bij het start van de opleiding zodat er een enigszins landelijk homogeen opleidingsprogramma van de grond komt.

Landelijk Lintprogramma-gebonden cursorisch onderwijs

Elk jaar per kwartaal 2 dagen afgesloten met een intervisiemiddag; zie voor inhoud blz. 26.

Verplichte besprekingen (enkelvoudig of geïntegreerd):

- generaal rapport
- grote visite
- radiologie
- refereerbijeenkomst/CAT
- complicatiebespreking

Participatiebijeenkomsten ziekenhuisartsen

Het betreft een inhoudelijke bijeenkomst, om daarmee de cohesie van de groep te bevorderen. Onderwerpen kunnen zijn; patiëntveiligheid (nav landelijk onderwijs), vorderingen in meesterproef, kwaliteitsprojecten, specifieke CAT en/of referaat.

Deze bijeenkomst zal vorm gegeven worden zodra er in een instelling voldoende AIOZ aanwezig zijn om de bijeenkomst zinvol en leerrijk vorm te kunnen geven. Naast de AIOZ zal o.a de kwaliteitsfunctionaris aanwezig kunnen zijn.

Portfolio

Voordracht of presentatie

Ten minste eenmaal een voordracht houden of presentatie van een poster of publicatie van een artikel in een wetenschappelijk tijdschrift of medisch vakblad (gepubliceerd of gesubmitted) of schrijven van een dissertatie.

'Meesterwerk'

In het laatste half jaar van keuze wordt een project naar keuze afgerond ter afsluiting van het zgn. Lintprogramma Kwaliteit van zorg en Patiëntveiligheid. Bij presentatie en/of publicatie van de uitkomsten van dit project wordt voldaan aan de eis van Voordracht of presentatie.

Onderwijs geven

Onderwijs aan coassistenten, (leerling-)verpleegkundigen en paramedisch personeel, een en ander in overleg met de opleider

Voorbeelden niet-verplichte leermiddelen

- Communicatiecursus
- Reflectietraining
- Cursus juridische zaken
- Medisch-ethische conferentie
- Cursus bibliotheek: literatuursearch; e-bestanden
- Instructie DOT-registratie
- Dienstoverdracht
- Zelfstudie
- Commissiewerk
- Multidisciplinaire overlegmomenten

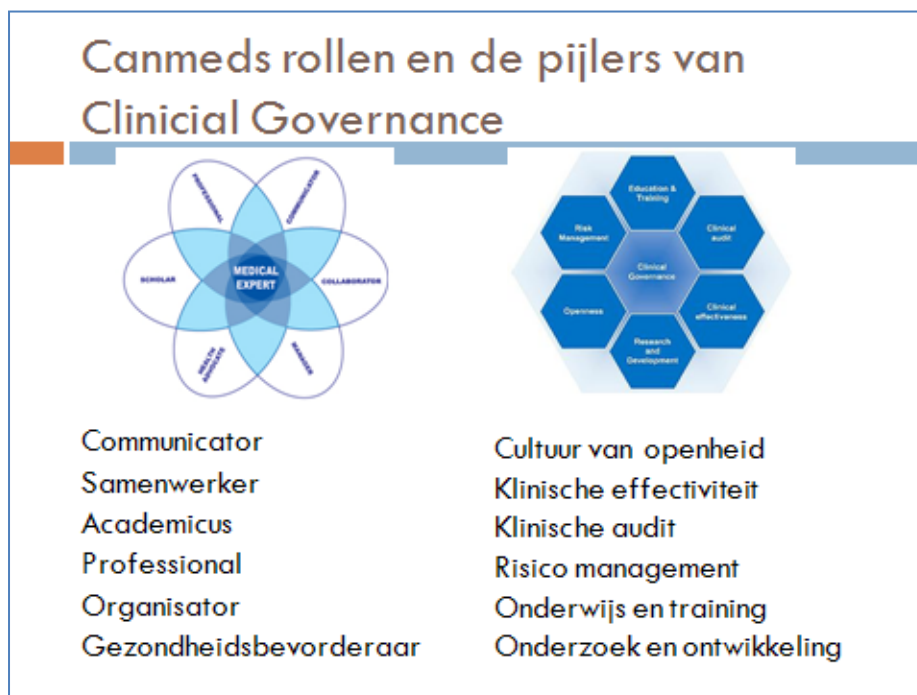
In het lokale opleidingsplan wordt per stage opgenomen welke besprekingen voor de AIOZ relevant zijn in het kader van zijn functie als ZHA en m.b.t. de opleiding relevante vergaderingen. Dit zal naast de complicatiebespreking en specifieke multidisciplinaire overlegmomenten bv de VIM-bespreking, een commissie m.b.t. kwaliteit, etc. kunnen zijn.

4. Kwaliteitszorg en patiëntveiligheid als werkdomein

Inleiding

In dit hoofdstuk wordt beschreven op welke wijze aan het zogenaamd “lintprogramma”, dat als een “rode draad” door de opleiding heen loopt, vorm en inhoud wordt gegeven.

In het curriculum ziekenhuisarts is ervoor gekozen om werkplekleren te combineren met een onderwijsprogramma dat als een lint door de gehele driejarige opleiding loopt. Hierin vormt reflectie op de beroepsvorming een belangrijk onderdeel. De insteek van het onderwijsprogramma is dat de ziekenhuisarts wordt geschoold om de kwaliteit van zorg structureel voldoende aandacht te geven, zowel op het niveau van de individuele patiënt, als op het niveau van de (organisatie) van de afdeling. Dat betekent dat de ziekenhuisarts ook toegerust moet zijn om kwaliteitsverbeteringen in de zorg als kartrekker binnen een klinische omgeving vorm te geven.



Deze aanpak past binnen het conceptuele kader van Clinical Governance⁵. De visie op Clinical Governance is dat alle dimensies van kwaliteit met elkaar samenhangen, belangrijk zijn en verweven zijn met kwaliteit van zorg en patiëntveiligheid. Dit betekent ook dat zowel het individu als de organisatie bepaalde competenties moeten hebben. Ontbreken deze competenties dan ondermijnt dit het functioneren, de onderlinge samenwerking en de gewenste openheid in de cultuur. Het doel van het lintprogramma is om naast de vorming van algemene (Canmeds) set van competenties voor de medische professional, aandacht te geven aan de competentieontwikkeling die bij Clinical Governance horen.

⁵ Clinical governance is te zien als een antwoord op de toegenomen complexiteit van de zorg en het ontoereikend gedrag van besturen, managers, professionals en toezichthouders. Belangrijk accent is de actieve inbreng van professionals bij het verbeteren van de kwaliteit van zorg en het daarvoor scheppen van een lerend klimaat. Voorwaarde is het stimuleren van de interne drive van professionals om de kwaliteit en veiligheid van zorg te verbeteren en het veranderen van de gangbare cultuur. Het is belangrijk dat artsen en bestuurders de handen ineen slaan en focussen op het belang van patiënten en van het ziekenhuis. Het ziekenhuis is één medisch bedrijf. Het alleen rekening houden met de eigen afdeling werkt niet. Voor de patiënt is het belangrijk dat de zorg vloeiend en veilig is georganiseerd over afdelingen heen (zoals door stopmomenten en checklists in de perioperatieve keten).

Nederland kent een gezondheidszorgsysteem dat in allerlei mondiale lijstjes voor komt in de top tien. Toch is de gezondheidszorg de afgelopen jaren bij herhaling negatief in de pers gekomen in verband met tekortkomingen op het gebied van kwaliteit van zorg en patiëntveiligheid. Hierdoor is de tolerantie voor fouten en schade afgenomen, houdt de Inspectie voor de Volksgezondheid scherp toezicht en kan de Onderzoeksraad voor de Veiligheid een onderzoek instellen in ziekenhuizen. Het ministerie van VWS heeft op basis hiervan landelijk programma's opgezet om de kwaliteit en veiligheid van de zorg te verbeteren. In veel rapporten wordt het probleem van onveiligheid geduid als een sturingsprobleem. Verantwoordelijkheden blijken niet voldoende te zijn vastgelegd, het bestuur richt zich te weinig op het primaire proces, professionals zijn niet goed in staat elkaar aan te spreken en het toezicht werkt onvoldoende. Daarom wordt om striktere regels, aansturing en toezicht gevraagd. De maatregelen richten zich er dan ook op om verantwoordelijkheden en taken van professionals, bestuurders en toezichthouders in balans te brengen en een werkend systeem te creëren.

Naast bestaande wettelijke kaders en reglementen (WHW, WKZ, Wet BIG, Bestuursreglement en Professioneel Statuut) is verheldering noodzakelijk van de verantwoordelijkheden en de samenwerkingsrelatie van alle zorgprofessionals (medici, verpleegkundigen, paramedici).

Het werken aan kwaliteit en patiëntveiligheid is een zaak van vele handen en van beleidskeuzes. De kernvraag is hoe professionals, bestuurders en de organisatie waarin zij werken gezamenlijk de kwaliteit en patiënt veiligheid kunnen verbeteren en borgen en welke rol de ziekenhuisarts hierin kan spelen.

Kwaliteit en patiëntveiligheid

Patiëntveiligheid gaat over meer dan medische missers en kan niet los gezien worden van kwaliteit van zorg. In Nederland is het verlenen van verantwoorde zorg geregeld in de Kwaliteitswet Zorginstellingen. Vaak worden de volgende dimensies van kwaliteit van zorg onderscheiden:

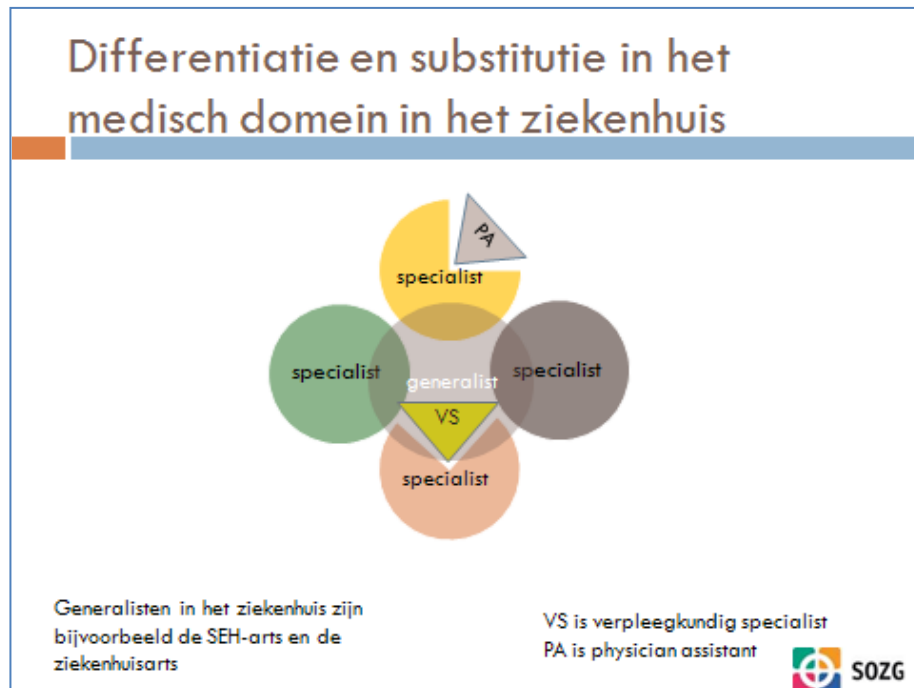
- Professionele kwaliteit: Deskundigheid, richtlijnontwikkeling, Evidence based medicine, zorg voor nascholing, intercollegiale toetsing, visitaties etc.
- Organisatorische kwaliteit: Doelmatige bedrijfsvoering, bewaakt door een kwaliteit-managementsysteem
- Relationele kwaliteit: Patiëntgerichtheid, bejegening, informatie en communicatie, interprofessionele samenwerking, mandatering en medebeslissingsrecht etc.

De inspanningen zijn van oudsher gericht op het eerste aspect, de professionele kwaliteit. Recentelijk kreeg vooral de tweede dimensie, het zorgproces en de zorgorganisatie (zoals het elektronische patiënten dossier en het veiligheidsmanagementsysteem) meer aandacht en worden er lessen getrokken uit het bedrijfsleven.

De komst van de ziekenhuisarts is vernieuwend, omdat hij vanuit een generalistisch perspectief verantwoordelijk wordt voor zowel het borgen van kwaliteit en veiligheid als voor de algemeen medische zorg aan klinische patiënten. De ziekenhuisarts is de verbindende factor tussen medisch specialisten maar ook andere zorgprofessionals, zoals verpleegkundigen, verpleegkundig specialisten en physician assistants, en met niet-zorgverleners zoals ziekenhuismanagers. De eerste rol voor de ziekenhuisarts betreft de kwaliteit van zorg voor de individuele patiënt. De ziekenhuisarts is voor de patiënt een eerste aanspreekpunt en staat daarmee garant voor de continuïteit van zorg, zowel binnen de kliniek als in een verbindende rol in de transmurale ketenzorg. Met de komst van ziekenhuisartsen kunnen ziekenhuizen meer patiëntgericht acteren en beter aansluiten op de behoeften en verwachtingen van hun kritische patiënten. Patiënten(verenigingen) willen vooral een kwalitatief goede en integrale zorg. De ziekenhuisarts functioneert bij uitstek vanuit de visie van integrale zorg, waarin zowel de biologische, psychologische, als sociale elementen contextueel samenhangend worden benaderd, zonder merkbare hinder van schotten of (organisatie)grenzen.

De tweede rol betreft verbeteringen in de organisatie van zorg op afdelings- c.q. op ziekenhuisniveau.

Op het medisch inhoudelijk vlak zal de ziekenhuisarts, met zijn brede medische achtergrond, een noodzakelijke brug slaan tussen medisch (super)specialist, arts-assistenten i.o., verpleegkundigen en verpleegkundig specialisten. Daarnaast bezit de ziekenhuisarts de kennis en vaardigheid om vanuit een systeembenadering de organisatie en kwaliteit van zorg te beïnvloeden. Hieruit volgt continuïteit en daardoor verbeterde veiligheid in de zorg.



Werkplekieren en lintprogramma

Werkplekieren kan worden opgevat als het resultaat van de voortdurende interactie tussen de lerende enerzijds en de concrete professionele context anderzijds (⁶Kelchtermans, 2001).

De wijze waarop de betrokkene zijn ervaringen reflectief integreert met vroegere ervaringen en kennis, vormt het centrale proces in het leren op de werkplek. Professionele ontwikkeling resulteert dan enerzijds in competentere handelen en anderzijds in meer gefundeerd 'weten' (persoonlijk interpretatiekader) (Kelchtermans, 1994).

Het werkplekieren in het ziekenhuis is vaak gericht is op de technische en functionele uitvoering van de kerntaken in het beroep, nl. het effectief en efficiënt toepassen van de klinische zorg van de individuele patiënt. De sterke focus op adequate technische beroepsuitvoering, in een context die dwingend en restrictief is qua middelen en tijd, heeft als gevolg dat het single loop-leren⁷ domineert en de brede en diepe reflectie (als voorwaarde voor double loop leren⁸) moeilijker gerealiseerd wordt.

Van de ziekenhuisarts als professional wordt verwacht dat hij in staat is om de basiszorg voor de klinische patiënt uit te voeren. Daarnaast bezit de ziekenhuisarts de kennis en vaardigheid om vanuit een systeembenadering de organisatie en kwaliteit van zorg te beïnvloeden.

⁶ Kelchtermans, G. (2001). Reflectief ervaringsleren voor leerkrachten. Een werkboek voor opleiders, nascholers en opleidingsonderdeel-begeleiders. Deurne: Wolters Plantyn.

⁷ Single loop leren: een leerproces waarin de heersende „theories in use“ niet ter discussie staan. Argyris & Schön (1978).

⁸ Het ter discussie stellen van de strategie, de doelstellingen, de regels en procedures en daarmee acties kunnen bijstellen en de “theories in use” modifieren, is double loop leren.

De kennisbasis die voor dit laatste aspect nodig is wordt tevens aangereikt in dit lintprogramma. Kern van het programma vormt het daadwerkelijk toerusten van de ziekenhuisarts om een concreet verbeterpunt te signaleren, een analyse te maken van de stappen die op verschillende niveaus moeten worden gezet om de verbetering tot stand te brengen, een verbeterplan te initiëren en het veranderingsproces te begeleiden.

Het lintprogramma wordt in het laatste jaar afgesloten met een “meesterstuk”.

Opzet en inhoud van het lintprogramma

In dit programma wordt een theoretisch kader geboden dat de ondersteuning vormt voor de tijdens de praktijkperiode uit te voeren praktijkopdrachten over kwaliteit en veiligheid van zorg.

Begeleide intervisie maakt standaard deel uit van het lintprogramma. De intervisie heeft tot doel om ziekenhuisartsen te ondersteunen in hun beroepspraktijkvorming. Omdat het bij de ziekenhuisarts gaat om het introduceren van een nieuw medisch profiel is gezamenlijke professionele reflectie op de inbedding van deze rol en de wijze waarop ieder individu dit hanteert van belang. Er dienen derhalve zowel persoonlijke doelen als algemene leerdoelen te worden gerealiseerd.

Naast het vergroten van de inhoudelijke kennis over samenwerking bevorderende en belemmerende factoren, de verschillende competenties van de disciplines waar de ziekenhuisarts mee te maken heeft, en het reflecteren op eigen leerervaringen wordt veel nadruk gelegd op het procesmatige aspect van interdisciplinair samenwerken.

Vooraf leerdoelen gericht op persoonlijke effectiviteit, het leren sturen en reguleren in het samenwerkingsproces en bij verandermanagement in het kader van kwaliteitsprojecten zullen aan de orde komen.

Daarnaast worden binnen het lintprogramma centraal cursorische activiteiten georganiseerd waarin aandacht wordt besteed aan medisch inhoudelijke onderwerpen met betrekking tot generieke ziekenhuiszorg.

Deze kennis en inzichten integreert de ziekenhuisarts in de dagelijkse beroepspraktijk, bijvoorbeeld in de vorm van nieuwe richtlijnen en protocollen die zich kenmerken door een stevig wetenschappelijk fundament. Hiermee zet hij een nieuwe professionele standaard. Teneinde de benodigde innovatie binnen het werkveld te realiseren en te verankeren beschikt de ziekenhuisarts over uitstekende veranderkundige vaardigheden en leidinggevende capaciteiten.

Gedurende de driejarige opleiding werkt de ziekenhuisarts i.o in het lintprogramma aan zijn persoonlijke leerlijn. Ieder opleidingsjaar dient de ziekenhuisarts deel te nemen aan verplichte landelijke cursorische bijeenkomsten. Het betreft hier vier bijeenkomsten per jaar (dus een keer per kwartaal) van elk twee dagen. Tijdens deze bijeenkomsten komen vijf thema's die het onderwijs met betrekking tot kwaliteitszorg en patiëntveiligheid bepalen aan bod:

- Principes van patiëntveiligheid en kwaliteitszorg
- Beïnvloeding teamgedrag en teamcompetenties en effectief samenwerken in teamverband
- Methodes voor dataverzameling en analyse m.b.t. kwaliteitszorg
- Methodes en technieken voor performance verbetering
- Methoden en technieken voor kennisoverdracht

Ieder tweedaags blok wordt de laatste middag afgesloten met een intervisiegedeelte.

- In het eerste jaar wordt vooral theoretische basiskennis ontwikkeld. Ook worden deelvaardigheden getraind en twee kleine praktijkopdrachten uitgevoerd.
- In het tweede jaar worden de opdrachten vanuit de cursorische bijeenkomsten zo veel mogelijk 'just in time' gerangschikt rond de beroepstaken betreffende kwaliteitszorg en patiëntveiligheid op de werkvloer.

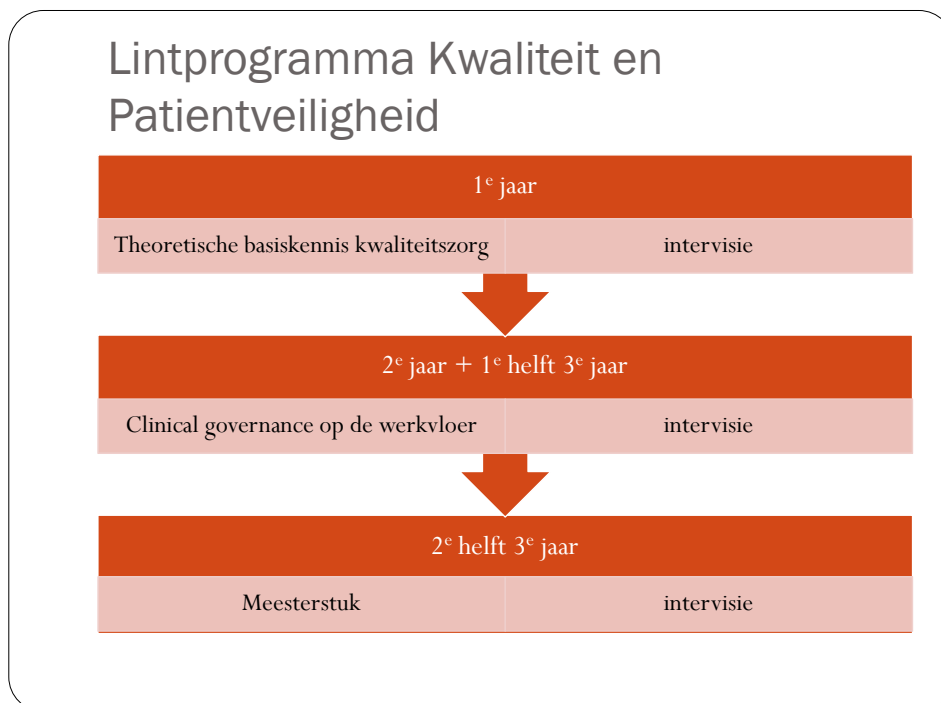
- Het derde jaar van de opleiding bestaat uit het toepassen en de verspreiding van de bevindingen in het kader van kwaliteitszorg en patiëntveiligheid. Ook de borging of verankering in de beroepspraktijk komt daarbij aan de orde. In het derde jaar werkt de ZHA aan een zogenaamd meesterstuk; een afgerond kwaliteitsproject rondom patiëntenzorg binnen de klinische setting.

“Meesterstuk”

Met het lintprogramma wordt beoogd dat de ziekenhuisarts zich ontwikkelt tot een ervaren, zelfstandig werkende professional die theorie, onderzoek, praktijk en beleid met elkaar kan verbinden en daartoe:

- bestaande aannames en werkwijzen kan overstijgen ('out of the box-denken')
- nieuwe kennis en inzichten binnen het domein van ziekenhuisgeneeskunde ontwikkelt;
- de transfer maakt naar sterk overlappende domeinen zoals de eerstelijns gezondheidszorg en samenhangende maatschappelijke thema's

Gedurende de hele opleiding is de ziekenhuisarts bezig met de voorbereiding van een afstudeeropdracht; het meesterstuk. Dit vormt een “rode draad” door de hele opleiding. De ziekenhuisarts i.o. voert hiervoor een opdracht uit voor de eigen werkgever en/of ziekenhuisorganisatie waarbij het implementeren van (concrete aspecten van) kwaliteitszorg en patiëntveiligheid een centrale rol speelt. De ziekenhuisarts i.o. wordt in dit proces behalve door cursorisch onderwijs ondersteund door een individuele inhoudsdeskundige coach/expert die vanuit de opleiding wordt toegewezen. De afstudeeropdracht uitmondend in een “meesterstuk” wordt de kroon op de afronding van de opleiding tot ziekenhuisarts. Het lintprogramma wordt hiermee formeel afgesloten in een conferentie waarin de meesterstukken worden gepresenteerd.



5. Opleidingsgroep en supervisiestructuur

Opleidingsgroep

- Internist (opleider)
- Anesthesist (plv. opleider)
- Chirurg
- Geriater of Internist-ouderengeneeskunde
- Inhoudskundige 'Patiëntveiligheid en Kwaliteitszorg'
- Neuroloog

Opleidingsonderdeel-houders

Interne zaal: internist
AOA: internist/chirurg
Peri-operatief: anesthesist
Heelkunde: chirurg
Neurologie: neuroloog
Geriatric: geriater/internist-ouderengeneeskunde
Transmurale zorg-opleidingsonderdeel: huisarts/ouderengeneeskundige

Voor elke opleidingsonderdeelhouder dient er een plaatsvervanger te zijn, zodanig dat ten allen tijde de opleidingsonderdeelhouder dan wel diens plaatsvervanger voor de ziekenhuisarts i.o. aanspreekbaar is.

Relatie opleider en opleidingsonderdeelhouder

De eindverantwoordelijkheid van de opleiding ligt bij de opleider en plaatsvervangend opleider. De (plv) opleider bewaakt de voortgang van de opleiding aan de hand van het persoonlijk opleidingsplan en stuurt zo nodig bij.

Opleidingsonderdelen worden uitgevoerd onder supervisie en verantwoordelijkheid van de opleidingsonderdeelhouder. Aan het begin van elk opleidingsonderdeel zullen de leerdoelen met de ziekenhuisartsen i.o. worden doorgesproken door de opleidingsonderdeelhouder en de (plv.) opleider. Halverwege het opleidingsonderdeel zal er een voortgangsgesprek plaatsvinden tussen ziekenhuisarts en opleidingsonderdeelhouder. De eindbeoordeling van het opleidingsonderdeel vindt plaats tussen ziekenhuisarts, opleidingsonderdeelhouder en (plv.) opleider.

Supervisiestructuur m.b.t. dagelijks werk van de ziekenhuisarts i.o.

A/

Op de afdeling waar de ziekenhuisarts i.o. werkzaam is, vindt de supervisie (en evt. certificering) plaats door de medische staf van die betreffende afdeling. Deze verantwoordelijkheid betreft primair het specifieke (inhoudelijke) medische domein ('Medical Expert').

B/

Indien een probleem/vraag buiten het domein ligt van de specifieke medische expertise van de betreffende discipline waar de ziekenhuisarts i.o. op dat moment werkzaam is, en deze meent voldoende expertise te hebben, kan hij/zij zonder consultatie van derden handelen. Reflectie op- en beoordeling van zijn handelen dient plaats te vinden door supervisor van het gastdiscipline in nauwe afstemming met het opleidingsgroep ziekenhuisgeneeskunde.

C/

Daar waar de onder B genoemde specifieke problemen de expertise van de ziekenhuisarts i.o. te boven gaan, dient consultatie plaats te vinden. De consultants van de betreffende afdelingen (dan wel consultatieve teams) worden hiervoor aangesproken en deze consultants (cq teams) zijn verantwoordelijk voor de door hen gegeven adviezen. Reflectie op- en beoordeling van zijn handelen dient plaats te vinden door supervisor van gastdiscipline in nauwe afstemming met het opleidingsgroep ziekenhuisgeneeskunde.

D/

AIOS wordt qua problemen/vragen m.b.t. 'Patiëntveiligheid en Kwaliteitszorg', resp. lintprogramma-opdrachten primair begeleid door het opleidingsgroep i.c. inhoudsdeskundige 'Patiëntveiligheid en Kwaliteitszorg', in nauwe afstemming met de supervisor van het gastdiscipline.

Opleidingsonderdeel-evaluatie:

Deelnemers:

- 1/ (plaatsvervangend) opleidingsonderdeelhouder
- 2/ (plaatsvervangend) opleider
- 3/ inhoudsdeskundige 'Patiëntveiligheid en Kwaliteitszorg'

In geval van keuze-opleidingsonderdeel, anders dan beschreven onder 'opleidingsonderdeelhouders', neemt de opleidingsonderdeelhouder 'ad hoc' deel.

Zie verder hoofdstuk 6 Evaluatie, beoordeling en toetsing blz. 34, opleidingsonderdeel-blokgesprek.

6. Evaluatie, beoordeling en toetsing

Bij de evaluatie van de voortgang in de opleiding tot ziekenhuisarts worden twee soorten van toetsen gebruikt. *Formatieve* toetsen, die het geven van feedback in het kader van ontwikkeling tot doel hebben. En daarnaast *summatieve* toetsen, aan de hand waarvan de voortgang in de opleiding beoordeeld wordt. Toetsen zijn in alle gevallen meetinstrumenten, maar worden in formatieve zin ingezet om te *waarderen* en te *begeleiden* (educatief doel). Terwijl toetsen met het oog op beoordelen gericht zijn op *waarderen*, *selecteren* en *beslissen*. In de praktijk is dit niet altijd even goed te scheiden. Waar in het navolgende wordt gesproken van toetsing, komen deze beide aspecten aan de orde. Gezien bovengenoemde argumenten zou evaluatie eigenlijk een betere, meer neutrale term zijn waar het gaat om de formatieve aspecten, maar in de kaderwet wordt uitsluitend gesproken van toetsing. Binnen de kaderwet wordt toetsen gedefinieerd als een onderzoek naar de mate waarin de aios de competentie ontwikkelt, en de mate waarin de aios zich beoogde kennis en vaardigheden eigen maakt.

Waarom toetsing?

Om een competente ziekenhuisarts te worden, wordt meer gevergd dan alleen 3 jaar aanwezigheid en werken in een opleidingskliniek. Het doel van de opleiding is een professional te hebben ontwikkeld, die zich adequaat bedient van alle competenties van een ziekenhuisarts. Deze "groeispurt" zal geregeld moeten worden gemonitord door middel van toetsing. Toetsen maakt een opleiding ook voor de buitenwacht minder vrijblijvend en is nodig om groei in alle vereiste (sub-) competenties te kunnen vaststellen. Toetsen dient ook om geschiktheid- c.q. bekwaamheidsverklaringen te kunnen afgeven; dit kan specifieke onderdelen van het vak betreffen, maar ook de opleiding als geheel. Het afgeven van een geschiktheidsverklaring is de verantwoordelijkheid van de opleider. De opleider zal, in overleg en afstemming met het

opleidingsgroep, jaarlijks moeten verklaren of de opleiding kan worden voortgezet of wegens onvoldoende vorderingen en vooruitzicht op verbetering, zal worden beëindigd.

Welke competenties worden getoetst?

Alle competenties en bijbehorende leerdoelen worden getoetst gedurende de gehele opleiding. De intensiteit waarmee dit gebeurt is afhankelijk van de fase van de opleiding waarin de ziekenhuisarts i.o. zit, en van de individuele behoefte (groei) van de ziekenhuisarts i.o.. Aan het begin van de opleiding wordt de ziekenhuisarts i.o. een opleidingsschema aangeboden waarop een toetsmatrix in de tijd is aangegeven. In de toetsmatrix blz. 32 zijn de verschillende soorten van toetsinstrumenten beschreven. Als uitgangspunt wordt gehanteerd dat het aantal te toetsen competenties per toetsinstrument beperkt is tot maximaal 3. De ziekenhuisarts i.o. kan in zijn portfolio het eigen persoonlijk ontwikkelingsplan hierop baseren in het vertrouwen dat alle competenties van de ziekenhuisarts voldoende aan bod komen.

Ontwikkeling in toetsen

De momenten van toetsing worden vastgelegd in het persoonlijk opleidingsplan van de ziekenhuisarts i.o., gebaseerd op het opleidingsplan ziekenhuisgeneeskunde en op de aanvullende afspraken die de ziekenhuisarts i.o. met de opleider hierover maakt. (individuele leerdoelen)
In de eerste twee jaar van de opleiding moet de ziekenhuisarts i.o. nog groeien in zijn rol van actief stuurder van de eigen opleiding. De rol van de opleider is intensief. In deze fase is de supervisie stringent en vindt toetsing met bijbehorende feedback vaker plaats dan aan het eind van de opleiding. In latere fasen van de opleiding neemt de inbreng van de ziekenhuisarts i.o. toe en die van de opleider af. Geleidelijk aan laat de ziekenhuisarts i.o. zien dat hij, met alle verworven competenties, werkt als een competent ziekenhuisarts, de beoogde professional.

Waar toetsen?

-Op de werkplek:

De ontwikkeling van de ziekenhuisarts i.o. wordt vooral ondersteund door toetsing en feedback op de werkplek, bij voorbeeld naar aanleiding van een concreet patiëntencontact of een werksituatie. Dit gebeurt tenminste 10 x per jaar waarbij de korte praktijkbeoordelingen (KPB) als instrument worden ingezet. Per KPB worden niet meer dan drie competenties getoetst. Er zijn diverse situaties waarin een KPB gedaan kan worden, zodat alle competenties aan bod komen.

-Skills lab:

Voor het oefenen en aanleren van de diverse vaardigheden op het tweede (en aanvang 3^e) niveau van Miller.

-Los van de werkplek:

Portfolio-gestuurde voortgangsgesprekken met de opleider, opleidingsonderdeel-blokgesprekken en geschiktheids-beoordelingsgesprekken en periodieke kennistoetsen. Maar ook de te houden besprekingen, cursorisch onderwijs en het 'meesterstuk', samenhangend met het lintprogramma.

Wie toetst er?

De (plv) opleider ziekenhuisgeneeskunde is verantwoordelijk voor monitoring van de voortgang ziekenhuisarts i.o. en of hij de leerdoelen in voldoende mate beheerst. Voortgangsgesprekken vormen voor deze formatieve toetsing het middel. De opleidingsonderdeelbegeleiders uit het opleidingsgroep begeleiden de ziekenhuisarts i.o. tijdens de diverse opleidingsonderdelen en zorgen voor terugkoppeling over de te behalen opleidingsonderdeel-leerdoelen en de te ontwikkelen competenties.

Het lid van het opleidingsgroep verantwoordelijk voor “patiëntveiligheid en kwaliteitszorg” toetst specifiek de ziekenhuisarts i.o. bij het lint-programma op deze kwaliteiten en samen met de opleider de kwaliteit van het meesterstuk. Alle supervisors leveren een bijdrage bij het uitvoeren van een KPB. Bij een 360^o beoordeling zullen andere medewerkers in de zorg gevraagd worden een bijdrage te leveren aan de toetsing van de ziekenhuisarts i.o.

Beoordelingsresultaat

▪ *Formatief*

De meeste toetsen hebben een formatief karakter: zij geven concrete feedback (schriftelijk en in een gesprek) naar aanleiding van geobserveerd gedrag van de ziekenhuisarts i.o., waarin zowel de goede kanten als punten voor verbetering worden aangegeven. Deze feedback moet de ziekenhuisarts i.o. helpen en stimuleren in zijn groei naar het eindniveau. De verslaglegging in het portfolio vormt de documentatie van dit ontwikkelingsproces. Op grond van de feedback stelt de ziekenhuisarts i.o., daarbij ondersteund door de opleider, nieuwe individuele leerdoelen op, die een volgende ronde worden getoetst.

De groei in competenties van de ziekenhuisarts i.o. kan het beste worden waargenomen door zowel de fase van de opleiding als het eindniveau in ogenschouw te nemen: de persoonlijke ontwikkeling van de ziekenhuisarts i.o. wordt vergeleken met wat van “peers” in dezelfde fase van de opleiding mag worden verwacht en wordt afgezet tegen het eindniveau. Opleiders ziekenhuisgeneeskunde hebben daar een goed beeld van, dat bovendien voortdurend wordt geactualiseerd door ervaringen met volgende ziekenhuisarts i.o.-cohorten. De ontwikkeling start bij niveau 0 (= niveau basisarts) en groeit in de drie daaropvolgende jaren door tot het eindniveau 4; de beginnende competente ziekenhuisarts.

▪ *Summatief*

Wanneer het gaat om een geschiktheidsbeoordeling of een bekwaamheidsverklaring zal een toets of een combinatie van toetsen leiden tot een bindend oordeel van de opleider met een “go/no go” karakter. Het gaat hierbij om summatief toegepaste evaluatie: dit stelt hoge eisen aan de vorm van de toets en het vastleggen daarvan. Het portfolio van de ziekenhuisarts i.o. en de documentatie die de opleider bijhoudt spelen bij de geschiktheidsbeoordeling een belangrijke rol.

Daar we nu nog niet beschikken over een experimenteel gevalideerde minimum norm waaraan de ziekenhuisarts i.o. moet voldoen, wordt voorgesteld om te spreken van een met succes voltooide opleiding als tenminste 80% van de competenties op het wenselijk geachte niveau is gebracht. Als enig leerdoel in de ogen van het opleidingsgroep teveel onder het gewenste eindniveau blijft, ondanks inzet van een individueel extra begeleidingstraject, wat een goed functioneren als beginnend ziekenhuisarts in de weg staat, kan de opleiding eveneens niet afdoende worden afgerond. Dit oordeel komt toe aan de opleider, en wordt gebaseerd op de resultaten van voorafgaande voortgangsgesprekken.

Wanneer worden welke toetsen gedaan?

Conform de kaderwet dienen de toetsen zoals in onderstaande tabel staan tijdens de opleiding tot ziekenhuisarts te worden verricht. Tevens zijn er specifieke toetsen voor de ziekenhuisarts i.o. toegevoegd.

Toetsen ⁹	Jaar 1	Jaar 2	Jaar 3
Toetsing op de werkplek			
Voortgangsgesprekken	4 x	2 x	2 x
KPB (alle competenties)	Minimaal 10 x	Minimaal 10 x	Minimaal 10 x
Probleem-patiëntbespreking Medisch handelen, Samenwerking, kennis en wetenschap	1 x	1 x	1 x
Critical Appraisal Topic (CAT) Kennis en wetenschap	2 x	2 x	2 x
Referaat Kennis en wetenschap	2 x	2 x	2 x
Introductie-evaluatie gesprekken per opleidingsonderdeel	4 x	2 à 3 x	2 à 3 x
Vaardigheidsonderwijs	Lokaal bepaald	Lokaal bepaald	Lokaal bepaald
360 ^o beoordeling Communicatie, samenwerking, organisatie en professionaliteit	-	1 x	eventueel 1 x
Toetsing van het landelijk onderwijs			
Landelijk cursorisch onderwijs	4 dg	4dg	4 dg
Lintprogramma kwaliteitszorg en patiëntveiligheid	4x 2dg	4x 2dg	4x 2dg
Kennistoets	1 x	1 x	1 x
Summatieve toetsing			
Geschiktheidsbeoordeling	1 x	1 x	1 x
Portfolio	1x	1x	1x
Verplichte onderwijsmomenten	70% aanwezigheid	70% aanwezigheid	70% aanwezigheid
Meesterstuk	-	-	1 x

Voortgangsgesprekken

De competenties kennen elk subcompetenties, waarvoor leerdoelen zijn geformuleerd (zie hoofdstuk 2). Met de genoemde leerdoelen in gedachten geven zowel de ziekenhuisarts i.o. als de opleider op het reflectieformulier aan, waar beiden menen dat de ziekenhuisarts i.o. staat qua competentievoortgang in (sub-)competentie ontwikkeling, ten opzichte van het eindniveau van de competente ziekenhuisarts. De motivatie hierachter wordt door de ziekenhuisarts i.o. en de opleider onafhankelijk van elkaar op kwalitatieve wijze voorafgaand aan het voortgangsgesprek kort en bondig per competentie schriftelijk vastgelegd. De opleider baseert zich hierbij op zijn eigen indruk, op het door de ziekenhuisarts i.o. tevoren ter inzage gestelde portfolio, op informatie van de overige leden van de opleidingsgroep en van andere medewerkers.

Tijdens het gesprek zullen alle competenties de revue passeren. Discrepanties tussen de mening van de ziekenhuisarts i.o. en de opleider over competentievoortgang van de ziekenhuisarts i.o. zullen nadrukkelijk aandacht krijgen.

⁹ Daar waar niet specifiek competenties zijn benoemd kunnen met het desbetreffende toetsinstrument alle competenties worden getoetst.

De opleider kan op grond van het gesprek zijn mening over de voortgang bijstellen. Door de ziekenhuisarts i.o. worden in samenspraak met de opleider, naar aanleiding van het voortgangsgesprek, individuele leerdoelen geformuleerd, waarbij aangegeven wordt hoe en binnen welk opleidingsonderdeel hieraan gewerkt zal worden. Ook kan worden afgesproken met welke - eventueel onbevooroordeelde - supervisor de ziekenhuisarts i.o. aan het halen van een individueel leerdoel gaat werken. Deze individuele leerdoelen worden door de ziekenhuisarts i.o. schriftelijk vastgelegd op het eigen reflectieformulier. Tijdens een volgend voortgangsgesprek zullen deze individuele leerdoelen worden geëvalueerd en zo nodig bijgesteld.

Korte Praktijk Beoordeling (KPB)

De Korte Praktijk Beoordeling of KPB is een instrument om gestructureerde feedback te geven op een taak die in de praktische setting wordt uitgevoerd. Tijdens de KPB zal de supervisor/reflectant aan de ziekenhuisarts i.o. gestructureerde feedback geven op maximaal 3 competenties.

De volgende uitgangspunten worden daarbij gehanteerd:

- KPB betreft altijd een directe observatie van de ziekenhuisarts i.o. door de beoordelaar, dan wel een video-opname die door ziekenhuisarts i.o. en beoordelaar gezamenlijk wordt bekeken.
- De KPB betreft momentopnames van de ziekenhuisarts i.o. die zich met het oog op de leerdoelen voor gestructureerde feedback lenen.
- De KPB dient op een natuurlijk moment tijdens de dagelijkse gang van zaken te kunnen plaatsvinden.
- De beoordeling en feedback vindt bij voorkeur aansluitend aan het observatiemoment plaats, maar in elk geval dezelfde dag.
- Het resultaat van de KPB wordt schriftelijk vastgelegd en door de beoordelaar getekend, en door de ziekenhuisarts i.o. toegevoegd aan zijn/haar portfolio.
- In het resultaat zijn opgenomen eventuele nieuwe leerdoelen die naar aanleiding van de besproken KPB zijn geformuleerd.

Vele opleidingsmomenten lenen zich, als leersituatie c.q. leermiddel voor dergelijke feedback o.a.:

- Een patiëntencontact (anamnese, lichamelijk onderzoek, visite).
- Slecht nieuwsgesprek.
- Stellen van obductievraag.
- Voordracht van een patiënt tijdens de 'grote' visite.
- Verslaglegging in de status en berichtgeving aan huisarts of andere specialisten.
- Het verstrekken van een instructie aan een verpleegkundige.
- Het overleg met een consultant, maatschappelijk werker, fysiotherapeut.
- Het presenteren van een patiënt tijdens een multidisciplinaire bespreking.
- CAT of referaat
- Klacht van een patiënt
- Complicatie
- Kritische gebeurtenis of incident
- Interactie met deelnemers van een multidisciplinair overleg.
- Voorzitten van commissies

Op het KPB-formulier wordt de context waarin de ziekenhuisarts i.o. aangegeven, evenals de te beoordelen competenties. In verband met de herkenbaarheid ervan wordt aangeraden in de opleiding een beperkt aantal verschillende formulieren toe te passen. De regio's zijn vrij om de layout van het KPB-formulier vast te stellen.

De ziekenhuisarts i.o. wordt nadrukkelijk ook zelf uitgenodigd leersituaties te kiezen waarin aan de supervisor om feedback wordt gevraagd, waarbij een voorkeur uitgaat naar situaties die zich lenen voor herbeoordeling van aandachtspunten/verbeterpunten.

De volgende procedurele uitgangspunten bij het geven van feedback dienen hierbij gehanteerd te worden:

- Vraag altijd eerst de ziekenhuisarts i.o. om zijn/haar mening.
- Werk volgens het principe: wat is goed en wat kan beter.
- Maak een bewuste keuze waar wel en waar niets over gezegd wordt; overschrijd het aantal verbeterpunten van maximaal 2 per competentie niet.
- Geef feedback aan de ziekenhuisarts i.o., rekening houdend met de fase van zijn/haar opleiding.
- Formuleer het advies ter verbetering zo concreet mogelijk, zodat de ziekenhuisarts i.o. er ook wat mee kan.
- Reflecteer bewust over de emotionele en/of cognitieve aspecten die zich tijdens de opleidingsactiviteit voordoen respectievelijk tijdens het gesprek hierover.

Probleem-patiëntbespreking

Tenminste 1 x per leerjaar verzorgt de ziekenhuisarts i.o. de presentatie van een patiënt die de ziekenhuisarts i.o. bij medisch handelen voor problemen stelt, waarbij een gestructureerde presentatiemethodiek wordt gehanteerd. Deze bespreking kan worden ingebed in de reguliere complicatiebesprekingen op de opleidingsonderdeel-afdeling waar de ziekenhuisarts i.o. zich bevindt.

Critical Appraisal of a Topic

CAT, referaat en andere presentaties van de ziekenhuisarts i.o. lenen zich goed voor een structurele beoordeling. Dit geldt speciaal voor een presentatie over een wetenschappelijk artikel of over een zoekvraag die met behulp van EBM technieken is beantwoord door de ziekenhuisarts i.o.. Bij refereren wordt op een systematische wijze medisch wetenschappelijke literatuur gepresenteerd en geïnterpreteerd. Bij CAT wordt naar aanleiding van een klinisch probleem een adequate zoekvraag geformuleerd en worden de resultaten van literatuuronderzoek toegepast in de patiëntenzorg. Leerdoelen die beoordeeld kunnen worden, zijn vooral afkomstig uit de competenties kennis en wetenschap, communicatie en reflecteren. De AIOZ is verplicht 2x per jaar een CAT en 1 x een referaat te houden. De thema's van deze bijeenkomsten zijn herleidbaar tot het opleidingsplan. De opleidingsgroep is mede verantwoordelijk voor de borging hiervan tijdens de diverse stages.

Opleidingsonderdeel-blokgesprek

Aan het begin van een nieuw opleidingsonderdeel dient de ziekenhuisarts i.o. contact op te nemen met de opleidingsonderdeelhouder. Tijdens dit gesprek zullen zowel de opleidingsonderdeel-afhankelijke en opleidingsonderdeel-onafhankelijke leerdoelen, als de individuele leerdoelen die uit de vorige opleidingsonderdeelbeoordeling of voortgangsgesprek met de opleider naar voren zijn gekomen, met betreffende opleidingsonderdeelhouder worden besproken. Afgesproken wordt hoe en op welke wijze hieraan gewerkt kan worden. De afgesproken leerdoelen worden vastgelegd op een standaard formulier, "aanvang opleidingsonderdeel-blok". Halverwege elk opleidingsonderdeel dient de voortgang door de supervisor met de ziekenhuisarts i.o. worden besproken. Aan het einde van het opleidingsonderdeel worden zowel de opleidingsonderdeel-afhankelijke en opleidingsonderdeel-onafhankelijke leerdoelen als de voortgang in individuele leerdoelen geëvalueerd en vastgelegd op het formulier "einde opleidingsonderdeel-blok".

Al deze formulieren worden door de ziekenhuisarts i.o. in de eigen portfolio opgenomen en bewaard. De opleidingsonderdeelhouder kan zich op het gesprek halverwege en einde opleidingsonderdeel

met de ziekenhuisarts i.o. voorbereiden door van tevoren informatie in te winnen over het functioneren van de ziekenhuisarts i.o. bij diegenen met wie de ziekenhuisarts i.o. op de werkvloer in het opleidingsonderdeel te maken heeft (gehad): supervisor(en), inhoudsdeskundige 'kwaliteitszorg en patiëntveiligheid', verpleegkundigen, collegae Ziekenhuisarts i.o., collegae specialisten, eventueel patiënten en anderen, als de betrokken leerdoelen zich daarvoor lenen. Dit zou het geval kunnen zijn waar het deelcompetenties betreft in de domeinen communicatie, samenwerking, organisatie, maatschappelijk handelen, en reflecteren. Vooralsnog is de opleidingsonderdeelhouder vrij in de keuze of, en - zo ja - hoe, voorafgaand aan het opleidingsonderdeel-blokgesprek informatie wordt ingewonnen.

Uiteraard worden de nodige formulieren ontwikkeld evenals een elektronisch portfolio om bovenstaande eenvoudiger te laten verlopen. Vorm en inhoud van de formulieren zullen tijdens de invoering van dit onderwijsplan worden geëvalueerd en indien noodzakelijk worden aangepast.

360° feedback

Op basis van een gestructureerde schriftelijke enquête bij allen met wie de ziekenhuisarts i.o. in het werk/opleiding contact heeft, wordt gevraagd feedback gegeven over met name de domeinen communicatie, samenwerking, organisatie, maatschappelijk handelen en reflectie. Tijdens de voortgangsgesprekken in einde tweede jaar wordt het resultaat hiervan met de ziekenhuisarts i.o. besproken. In onderling overleg kan dit zo nodig herhaald worden in het derde jaar.

Portfolio

Van de ziekenhuisarts i.o. wordt verwacht dat het ingevulde portfolio 1 week voorafgaand aan het voortgangsgesprek aan de opleider ter inzage wordt aangeboden. Het is nadrukkelijk niet de bedoeling dat het portfolio door ziekenhuisarts i.o. aan opleidingsonderdeelhouder ter inzage wordt gesteld. Om continuïteit in overdracht en voortgang individuele in leerdoelen indirect te bewaken, dient de ziekenhuisarts i.o. bij het kennismakingsgesprek met de nieuwe opleidingsonderdeelhouder het door de vorige opleidingsonderdeelhouder en ziekenhuisarts i.o. ondertekende evaluatieformulier "einde opleidingsonderdeel-blok" ter inzage te overleggen. Aan de hand van dit formulier en de daarop geformuleerde individuele leerdoelen worden in gezamenlijkheid door de 'nieuwe' opleidingsonderdeelhouder en ziekenhuisarts i.o. de leerdoelen van de komende opleidingsonderdeel benoemd.

Tijdens de opleiding dient de ziekenhuisarts i.o. zich bekwamen in een aantal vaardigheden, zoals vermeldt in het opleidingsplan. Een aantal zaken kunnen beoordeeld worden met behulp van een KPB. Praktische vaardigheden dienen in eerste instantie te worden aangeleerd in een Skills lab. Wanneer de ziekenhuisarts i.o. aantoonbaar in staat is de handelingen te verrichten, dan mag hij deze in de dagelijkse praktijk uitvoeren. Ook hiervoor dienen formulieren die gebruikt worden bij toetsing lokaal te worden ontwikkeld.

Jaarlijkse kennistoets

De periodieke kennistoets ziekenhuisgeneeskunde wordt landelijk afgenomen bij alle ziekenhuisarts i.o.. in ieder jaar van de opleiding. De thema's en klinische presentaties van de ziekenhuisgeneeskunde komen in de vragen voor, naar rato van het aandeel van de patiëntpresentaties in de generalistische beroepspraktijk. De vragen worden geleverd door de opleiders uit de regio en geselecteerd door een commissie die hiervoor verantwoordelijk is, waarbij onderwijskundige expertise wordt ingezet.

Aanwezigheid

De ziekenhuisarts i.o. volgt het lokale cursorisch onderwijs, evenals het Discipline Overstijgend Onderwijs, dat in de opleidingskliniek georganiseerd wordt. Hierbij is een minimale presentie van 70% vereist. Het landelijk cursorisch onderwijs is verplicht voor alle ziekenhuisarts i.o.

Beoordeling meesterstuk

De ziekenhuisarts i.o voert in de 2^e helft van het 3^e jaar een opdracht uit voor de eigen werkgever en/of ziekenhuisorganisatie waarbij het implementeren van (concrete aspecten van) kwaliteitszorg en patiëntveiligheid een centrale rol speelt. Het meesterstuk wordt beoordeeld op grond van de vijf thema's die centraal staan in het onderwijs m.b.t. kwaliteitszorg en patiëntveiligheid door een commissie die bestaat uit: de opleider, de kwaliteitsdeskundige uit het opleidingsgroep en de betrokken opleidingsonderdeel-begeleider.

In het meesterstuk dient naar voren te komen dat de ziekenhuisarts i.o. beheersing toont ten aanzien van:

- Principes van patiëntveiligheid en kwaliteitszorg
- Methodes voor dataverzameling en analyse m.b.t. kwaliteitszorg
- Methodes en technieken voor performanceverbetering

Geschiktheidsbeoordeling (beoordelingsgesprek)

Jaarlijks wordt een besluit genomen inzake voorzetting - al dan niet onder voorwaarden -, beëindiging, of verlenging van de opleiding van de ziekenhuisarts i.o.. Daarbij dient aantoonbaar aan alle procedures te zijn voldaan. De geschiktheidsbeoordeling behelst een unilateraal oordeel van het opleidingsgroep over de ziekenhuisarts i.o. Het oordeel moet logischerwijze voortvloeien uit de voortgangsgesprekken en wordt schriftelijk vastgelegd.

Eindoordeel

Uiterlijk drie maanden voor het beoogde einde van de opleiding spreekt het opleidingsgroep opleider zich uit of de ziekenhuisarts i.o. geschikt en in staat wordt geacht het medisch specialisme ziekenhuisgeneeskunde waarvoor de hij/zij is opgeleid zelfstandig en naar behoren uit te oefenen nadat de opleiding is beëindigd.

Individueel begeleidingstraject voor onder-presterende ziekenhuisarts i.o.

Wanneer een moment van summatieve beoordeling nadert, bestaat een groot aantal documenten dat met de ziekenhuisarts i.o. is besproken in feedback- en reflectiegesprekken, en waarbij de leerdoelen zijn besproken die tevoren moeten zijn behaald. Blijkt dit laatste niet het geval, dan is de logische consequentie dat niet van een positief oordeel kan worden gesproken, en zal betreffende fase van de opleiding moeten worden verlengd, tenzij daarvan wordt afgezien.

Bij een verlenging van de opleiding zal een intensief individueel begeleidingstraject moeten worden afgesproken met concrete heldere leerdoelen, welke in de gestelde tijd moeten zijn behaald, omdat anders de opleiding van de ziekenhuisarts i.o. zal moeten worden beëindigd. Er zal uitstekende documentatie van dit traject moeten plaatsvinden. In het Kaderbesluit van het CCS wordt in artikel B.18 een verlenging van de opleiding met ten hoogste één jaar mogelijk gemaakt op voorwaarde dat deze - goed gemotiveerd, en dus gedocumenteerd - 3 maanden tevoren door de opleider bij de RC is aangevraagd en door de RC vervolgens is goedgekeurd.

Voor aanvullende informatie wordt verwezen naar: Epstein, R.M. Assessment in medical education. New Eng J Med 2007;356:387-96.

7. Kwaliteitszorg en implementatie van het curriculum

Inleiding

Onder kwaliteit wordt verstaan het geheel aan eigenschappen en kenmerken van een opleiding dat van belang is voor het voldoen aan vastgestelde of vanzelfsprekende eisen. Onder kwaliteitszorg wordt verstaan het geheel van activiteiten dat ondernomen wordt om de kwaliteit van een opleiding te onderzoeken, te borgen, te verbeteren en openbaar te maken.

Aan welke voorwaarden moet worden voldaan om de in dit curriculum beschreven opleiding tot ziekenhuisarts tot een succes te maken? Een goed curriculum moet bestand zijn tegen de eisen van de tijd, en bovendien flexibel aan veranderende omstandigheden en eisen kunnen worden aangepast. Hoe wordt geregeld dat het curriculum wordt aangepast wanneer blijkt dat dit nodig is? In het curriculum voor de ziekenhuisarts is dit te meer belangrijk omdat hier immers een nieuw beroep wordt geïntroduceerd. Bij het inrichten van het kwaliteitssysteem gaat het derhalve om twee zaken: voldoet de opleiding in termen van het nieuwe kaderbesluit en voldoet de opleiding aan de kaders van clinical governance binnen de betrokken instellingen.

Sinds de invoering van het nieuwe kaderbesluit in januari 2011 zijn opleidingen gehouden om een sluitende interne en externe kwaliteitscyclus gestalte te geven. Externe kwaliteitszorg wordt door middel van peer review en visitatie geborgd. Daarnaast zal intern, in elke participerende opleidingsinstelling en in de (toekomstige) opleidingsregio's, systematisch moeten worden onderzocht of de doelen van de nieuwe opleiding worden gehaald, en of de middelen die daarbij worden ingezet toereikend zijn. Deze bevindingen leiden tot verbeterplannen en vormen zo een onderdeel van de interne PDCA-cyclus. De aansluiting tussen externe en interne kwaliteitscontrole vormt een compleet kwaliteitssysteem, zoals met de nieuwe kaderwet is beoogd.

Bij het tot stand komen van dit nieuwe curriculum heeft de SOZG zich gerealiseerd dat er veel gaat veranderen als gevolg van de introductie van de ziekenhuisarts. Ook al zijn deze veranderingen met het oog op de toenemende vraag naar goed geborgde basale medische zorg wenselijk, betekent dit nog niet dat zij allemaal probleemloos en snel kunnen worden geïntroduceerd. Daarvoor zijn er in zowel de organisatie van de ziekenhuiszorg als ten aanzien van de opleidingspraktijk bij die specialismen waar de ziekenhuisarts zijn opleiding zal ontvangen, veranderingen nodig.

Introductie en implementatie nieuw curriculum

De invoering van het nieuwe opleidingscurriculum heeft implicaties voor de bedrijfsvoering van de medisch specialismen die deel uitmaken van de opleidersgroep zoals beschreven in het curriculum. Voor de hoeveelheid tijd en energie, die de multidisciplinaire opleidersgroep nodig heeft voor het aanbieden van onderwijs en voor het toetsen van het opleidingsresultaat van de ziekenhuisarts i.o. zal ruimte moeten worden gevonden binnen de werksetting.

Van de ziekenhuisarts i.o. wordt ook het nodige gevraagd. Het actief zelf meesturen aan de eigen opleiding en het mede creëren van een plaats binnen de bestaande ziekenhuis organisatie is een grote uitdaging; de actieve en initiërende rol die aan deze artsen in opleiding wordt toebedeeld vergt een proactieve houding van de beginnende professional.

De ervaringen met toetsinstrumenten als de KPB, 360°feedback en OSATS zijn inmiddels binnen alle specialistische vervolgoopleidingen bekend en leiden tot de conclusie dat uitputtend (alle competenties aan de orde) hanteren van deze feedback instrumenten een onmogelijk tijdsbeslag legt op arts-assistenten én opleidersteam. Per KPB /OSATS niet meer dan 2-3 competenties checken is beter uitvoerbaar; opleidersteam en arts-assistenten zullen er wel samen voor moeten zorgen dat in de gepoolde KPB's/overige toetsinstrumenten per opleidingsonderdeel de daarin afgesproken te toetsen competenties in voldoende mate aan bod blijken te komen.

Hetzelfde geldt voor het binnen dit curriculum geïntroduceerde onderwijslintprogramma. Binnen de opleidingsonderdelen dienen voldoende voorwaarden te worden geschapen om de ziekenhuisarts i.o. aan de specifieke opdrachten t.b.v. veiligheids- en kwaliteitsbeleid uit dit lintprogramma te laten werken.

Dit alles betekent dat de implementatie van dit curriculum niet anders kan zijn dan implementatie van een “curriculum in ontwikkeling”; een ontwikkeling die pas tijdens de geleidelijke introductie van de ziekenhuisarts volledig duidelijk wordt.

Bovenstaande betekent ook dat de SOZG zich zal moeten beijveren voor een goede introductie van deze nieuwe opleiding in het werkveld. De hoeveelheid tijd en middelen die aan opleiden moeten worden gespendeerd zullen toenemen; de mate waarmee is afhankelijk van de mate waarin het lokale opleidersteam in staat wordt gesteld de veranderingen in de vigerende praktijkvoering in de klinische patiëntenzorg door te voeren.

Kritische succesfactoren opleidingsinrichting

Met goede wil en inspanning alleen is de nieuwe opleiding niet zonder meer te implementeren. Onderzocht moet worden welke kritische succesfactoren rond de opleidingsinfrastructuur in financiële en logistieke zin kunnen worden onderscheiden. Financiële middelen kunnen wellicht worden gevonden in het daarvoor bestemde deel van de toe te wijzen gelden uit het opleidingsfonds. Dat daarnaast de werkplek zelf ook zal moeten worden aangepast is zeer waarschijnlijk. Met logistieke succesfactoren wordt met name gedoeld op de bereidheid van veelal autonoom opererende vakgroepen, c.q. maatschappen om samen te werken in een open opleidingscultuur. Veel daarvan kan worden geleerd uit de ervaringen eerder opgedaan met de ontwikkeling van de opleiding tot SEH-arts, een in veel opzichten identieke multidisciplinaire opleiding tot profielspecialist. Van belang is verder de volwaardige integratie van niet-medici als kwaliteitsdeskundigen, bestuurders en apothekers in de opleidingsgroep vanwege het grote belang van aspecten als medicatieveiligheid en kwaliteit van klinische patiëntenzorg.

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

Kwaliteitszorgsysteem op landelijk/regionaal niveau

Opleiderprofessionalisering en voorbereiding arts-assistenten

De opleiding legt de nadruk op het zelfsturend leren door de arts-assistenten en het transparant zijn van de inhoud, en niet alleen de vorm, van de opleiding.

Daarnaast betekent het vormen van een multidisciplinaire opleidersgroep rondom de Ziekenhuisarts i.o. dat er specifieke aandacht moet zijn voor de ontwikkeling van het begeleiden van het beroepsleren van de deelnemers aan zo'n groep.

De ziekenhuisarts i.o. brengt de gehele opleiding door in opleidingsonderdeeltrajecten bij diverse medische specialismen. Zijn leerervaringen zullen echter moeten bijdragen aan de beroepsvorming als ziekenhuisarts en daarom enigszins afwijken van de leerervaringen die bijvoorbeeld arts-assistenten heelkunde of interne geneeskunde moeten opdoen. De ‘eigenheid’ van de ziekenhuisarts moet worden ontwikkeld tijdens de verschillende opleidingsonderdelen. Het bewaken van het onderscheid in aard van de leerervaringen vormt een specifiek focus voor de voor deze opleiding te ontwikkelen “Teach the Teacher” en “Teach the Assistent”-scholingen. Het behoort tot de taak van de SOZG om een dergelijk programma te ontwikkelen.

Kwaliteitsjaarsverslag

De voortgang rondom kwaliteit en implementatie van de nieuwe opleiding wordt jaarlijks vastgelegd in een kwaliteitsjaarsverslag door de SOZG. Hierin wordt onder andere aandacht besteed aan de landelijke en regionale initiatieven met betrekking tot het kwaliteitsbeleid rondom de opleiding. In dit verslag komen in ieder geval aspecten aan de orde die de kwaliteit van de opleiders, de opleidingsgroepen en de opleidingsinrichtingen zoals hierboven beschreven, bevorderen en borgen.

Door het gebruik van het centraal aangeboden onderwijs-lintprogramma en voor het samenstellen van de lokale en regionale opleidingsmatrix zal de SOZG onderzoeken en rapporteren hoe het met de implementatie en haalbaarheid van de verschillende leerdoelen gesteld is en welke lokale leermiddelen en toetsen hierbij ontwikkeld worden. In het jaarverslag worden ook vastgestelde lacunes gemeld en een voorgenomen beleid met nieuwe initiatieven om deze op te lossen. Tevens wordt in het kwaliteitsjaarverslag gerapporteerd over uitbreidingen van het aantal te erkennen/erkende opleidingsklinieken.

Peer review en visitatie

Er moeten op lokaal niveau gegevens over de kwaliteit van het opleiden worden verzameld, die het mogelijk maken de opleiding te evalueren en het goede ervan te behouden, maar ook, zo nodig, om op landelijk niveau het curriculum aan te passen. Naast bovengenoemd onderzoek, is ook onderzoek middels peer review van de opleidingen nodig. Een systeem van regionale visitatie van opleidingen zou hierin kunnen voorzien.

Inrichting van de externe visitatie

In de huidige regelgeving zijn verplichtingen geformuleerd met betrekking tot de opleider en de ziekenhuisarts i.o. om te komen tot een optimale bewaking en continue verbetering van de opleiding door:

- evaluatie van het functioneren van de opleider en opleidingsgroep;
- evaluatie van de koppeling tussen competenties (leerdoelen), leermiddelen en toetsen;
- evaluatie van de voortgang van de ziekenhuisarts;
- evaluatie functioneren opleidingsinrichting.

Juist de laatste is van groot belang omdat ook de niet-medische staf van de inrichtingen een belangrijke bijdrage zullen moeten leveren aan de opleiding van de ziekenhuisarts met zijn geïntegreerde medisch-bestuurstechnische profiel.

Daarmee is het onderwerp van de externe visitatie verschoven van controle van de ingangsvARIABLEN naar beoordeling van het opleidingsproces en de voortgang van de arts-assistent binnen de context van de instelling.

Kwaliteitszorgsysteem op lokaal niveau

Het lokale kwaliteitssysteem dient dan ook zo te worden ingericht dat het voorziet in de mogelijkheden om tot een oordeel te komen over:¹⁰

- het functioneren van de opleider dat wordt verkregen door beoordeling van de jaarlijkse evaluaties door ziekenhuisartsen en peers en van de actiepunten en de resultaten van deze actiepunten.
- de koppeling tussen competenties, leerdoelen en toetsen dat wordt verkregen door een steekproefsgewijze beoordeling van de opleidings- en toetsmatrix en door beoordeling van de door de opleider zelf verrichte evaluatie van deze koppeling, de hieruit volgende actiepunten en de resultaten van verbetering.
- de voortgang van de ziekenhuisarts dat wordt verkregen door beoordeling van de door de opleider zelf verrichte evaluaties, de hieruit voortvloeiende actiepunten en de resultaten hiervan.

Op deze wijze completeert een nieuwe externe kwaliteitscyclus de interne kwaliteitscyclus

¹⁰ Eindrapportage Projectgroep Kwaliteitsindicatoren o.l.v. Prof. dr. A.J.J.A. Scherpbier, COBG 2008

Lokaal opleidingsplan

Het lokale opleidingsplan is een lokale vertaling van het curriculum ziekenhuisarts en omvat de verplicht gestelde competenties en subcompetenties en de hiervan afgeleide leerdoelen. Deze leerdoelen moeten worden beschouwd als een hulpmiddel om de verplichte competenties te behalen, maar zijn geen doel op zichzelf. Naast deze competenties omvat het opleidingsplan de landelijk verplicht gestelde leermiddelen en leermiddelen die door het lokale opleidersteam als passend voor het behalen van competenties worden beschouwd, en een samenhangend geheel van verplichte en vrij door de opleider te selecteren toets- en beoordelingsvormen. Bij de toetsing en beoordeling speelt formatieve feedback naar de ziekenhuisarts i.o. een essentiële rol.

De lokale opleidingsgroep is verantwoordelijk voor de kwaliteit, inhoud en vormgeving van de opleiding tot ziekenhuisarts in de betreffende instelling. De leden van de opleidingsgroep werken actief samen voor een kwalitatief hoogstaande opleiding. Het betreft de volgende taken en verantwoordelijkheden.

- aanvragen en coördinatie van de opleidingsvisiting.
- aannemen van ziekenhuisartsen i.o.
- implementeren van het lokale opleidingsplan, afgeleid van het landelijke opleidingsplan
- ontwikkelen en implementeren van (nieuwe) kwaliteitsinstrumenten
- bewaking van de voortgang van de opleiding als geheel
- samenstelling onderwijsrooster
- samenstelling individuele opleidingsplannen en opleidingsonderdeelroutes
- coördinatie refereeravonden
- coördinatie vakoverstijgend onderwijs
- monitoren en bijhouden van de voortgang van professionele en medisch inhoudelijke voortgang van de individuele ziekenhuisartsen door:
- controle portfolio's ziekenhuisartsen
- houden van voortgangsgesprekken en toetsingsmomenten conform regelgeving CCMS/MSRC
- coördinatie wetenschappelijk onderzoek van de ziekenhuisartsen
- organisatie van diverse (patiënten)besprekingen waarin het leerrendement en reflectie centraal staan.
- dagelijkse supervisie van de ziekenhuisartsen
- het vaststellen van vorm en inhoud van opleidingsonderdelen in gezamenlijk overleg met opleidingsonderdeel-opleiders

Inbedding ziekenhuisarts in de lokale ziekenhuisorganisatie

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

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

8. Thema's, ziektebeelden, klinische presentaties en vaardigheden

- *Thema's¹¹ die aan bod dienen te komen tijdens de opleiding:*

Antibioticabeleid

Antibioticaprofylaxe

Clinical Governance (ziekenhuismanagement, kwaliteit van zorg, patientveiligheid)

Communicatie/samenwerking

Coördinatie van zorg/ overdracht van zorg

Decubituspreventie en -behandeling

Farmacotherapie

allergie / intoxicaties

interacties

farmacokinetiek en -dynamiek

polyfarmacie

preventie (ulcus, osteoporose, cardiovasculair, tromboembolie)

Kwetsbare patiëntengroepen

CVA / Parkinson / MS/ Dementie

ouderdom

maligne aandoeningen

multimorbiditeit

psychiatrische patiënten

verminderde afweer

verslaving (alcohol, roken, drugs)

Leiderschapsontwikkeling

Onderwijskundige principes

Patiënteducatie en voorlichting

Palliatieve Zorg/pijnbestrijding

Perioperatieve beleid

Preoperatieve beoordeling

Indicatiestelling voor postoperatieve bewaking

Postoperatieve zorg (voeding, postoperatieve ileus, drains)

Meest voorkomende ingrepen: abdominaal, vaten (w.o. CABG), gewrichten, long, gyn/uro, kno/mhk

Prikaccidenten

Revalidatie

Transfusiebeleid

Vitaal bedreigde patiënt/Reanimatie

Voeding (beoordeling voedingstoestand en indicatie (par)enterale voeding)

Vochtbeleid (infusietherapie)

- *Klinische Presentaties die de ziekenhuisarts gezien moet hebben:*

A. Patiënt in/met

Angst

Anafylaxie

Artritis en overige gewrichtsklachten

Bloeding (gastro-intestinaal, neus, long, urogenitaal, nabloeding)

¹¹ Met thema's worden kleinere of grotere onderwerpen bedoeld die tijdens het opleiden door het werken in de praktijk ontwikkeld/aan bod komen. De vergelijking met thema's uit andere landelijke plannen moet hier niet worden gemaakt. De leerdoelen dragen er zorg voor dat alle thema's/onderwerpen worden ontwikkeld.

- Braken
- Buikpijn
- Collaps
- Coma
- Dyspnoe (COPD, astma, hartfalen, pneumothorax)
- Hoofdpijn
- Huidafwijkingen (cellulitis, systemische huidziekten)
- Hypotensie en shock
- Hypertensie
- Jeuk
- Koorts (CAP, HAP, UWI, sepsis, wondinfecties, hyperthermie, kraamkoorts, postoperatief, eci)
- Neurologische uitvalsverschijnselen (TIA, CVA, spierzwakte, visusstoornissen)
- Neuropathie
- Mictieklachten
- Oedeem
- Palpaties (ritmestoornissen)
- Pijn in de extremiteiten (dik been)
- Pijn op de borst (w.o. pijn vastzittend aan de ademhaling)
- Rhabdomyolyse
- Rugpijn (+flankpijn)
- Veranderd defecatiepatroon (diarree, obstipatie)
- Verwardheid en delier (inclusief onttrekkingsdelier)

B. Patiënt met

- Anemie
- Elektrolytstoornissen en zuur-basestoornissen
- Hypoxemie
- Leverenzym- en functiestoornissen
- Nierfunctiestoornis (nierinsufficiëntie, proteïnurie, afwijkend urinesediment)
- Schildklierfunctiestoornissen
- Tromboembolie
- Trombopenie/leukopenie
- Verhoogde bloedingsneiging

- *Ziektebeelden voor o.a. cursorisch (landelijk of regionaal) onderwijs*

- Astma/COPD
- CVA
- Decubitus
- Delier/Encephalopathie
- Diabetes mellitus
- Hartfalen, coronaire syndromen
- Hypertensie
- Infectieziekten (pneumonie, UWI, wondinfectie, febris eci)
- Obesitas
- Osteoporose
- Schildklierziekten
- Ulcus- en refluxlijden, maagdarmbloedingen
- Neurodegeneratief (Dementie, Parkinson, ALS, SCA, multipale sclerose)
- Psychiatrische aandoeningen
- Shock
- Veneuze trombo-emboli

Ziekten tijdens en na de zwangerschap

- *Vaardigheden waarvan de ziekenhuisarts zich deskundigheid op het gebied van de indicatie en/of uitvoering moet verwerven:*

Acute opvang/reanimatie

Afnames materiaal voor microbiologisch onderzoek

neusspoeling

sputum

feces

wond

ulcus (diabetisch)

urine

bloed

Arteriepunctie

Ascitespunctie

Bewaken vitale functies

Saturatiemeting

Hemodynamiek

Blaaskatheterisatie

Non-invasieve beademing

ECG

Vervaardigen

Interpretatie

Radiodiagnostiek (basaal)

X-thorax interpretatie

X-BOZ interpretatie

Inbrengen maagsonde

Port-a-cath aanprikken/afkoppelen

Verwijderen lange lijnen en drains

Pleurapunctie

Reanimatie

BLS

ALS

Clinical Audit

Prisma-analyse Calamiteit

Voorzitten MDO

9. BIJLAGE KOPPELINGEN LEERDOELEN, LEERMIDDELEN EN TOETSEN

Leerdoelen ((i)1, (i)2, (i)3 geeft startjaar van feedback aan)	leermiddel	toets
M 1.1. Kennis en vaardigheid		Voortgangsgesprek Stagebeoordeling
beschikt over voldoende kennis van de algemene ziektekunde, zoals wondgenezing, water- en zouthuishouding, circulatie en ventilatie, voeding en metabolisme, hemostase, infectie en afweer, en farmacotherapie. i1	Werkplek leren, dgl generaal rapport en landelijk cursorisch onderwijs	KPB, participatie, certificaat
kent de klinische presentaties van frequent voorkomende ziektebeelden en medische zorgvragen op klinische afdelingen. i1	Werkplek leren, probleem patientenbesprekingen en landelijk cursorisch onderwijs	KPB, participatie, certificaat
is in staat de interactie van meerdere (chronische) aandoeningen die gelijktijdig voorkomen, te onderkennen. i2	Werkplek leren, probleem patientenbesprekingen en landelijk cursorisch onderwijs	KPB, participatie, certificaat
is deskundig in de integrale en specialisme-overstijgende benadering van de patiënt. i2	Werkplek leren en landelijk cursorisch onderwijs	KPB, certificaat
is in staat de psychosociale context van een patient te beoordelen en kent de implicaties hiervan voor diagnostiek, behandeling en vervolgtraject. i2	Werkplek leren, DOO	KPB, certificaat
heeft kennis van het prognose en beloop van veel voorkomende chronische ziekten bij kwetsbare ouderen in de setting van het specialisme ouderengeneeskunde.	Werkplek leren, dgl generaal rapport en landelijk cursorisch onderwijs	KPB, certificaat
is in staat om bij kwetsbare ouderen met multi-morbiditeit samen met de patiënt/ dan wel wettelijke vertegenwoordiger af te wegen in welke mate curatieve behandeling zinvol/ wenselijk is of dat symptomatisch/ palliatief beleid moet worden ingezet in de setting van het specialisme ouderengeneeskunde, en deze afweging te vertalen in een zorg-behandelplan ('advanced care planning').	Werkplek leren, grote visite, dgl generaal rapport en landelijk cursorisch onderwijs	KPB, 360 graden beoordeling, certificaat
M 1.2 Toepassen diagnostisch en therapeutisch arsenaal		Voortgangsgesprek Stagebeoordeling
anamnese en lichamelijk onderzoek bij zorgvragen die algemeen medische zorg respectievelijk frequent voorkomende (chronische) ziektebeelden betreffen. i1	Werkplek leren, dgl generaal rapport	KPB,
laboratoriumdiagnostiek, voorzover die de algemene ziektekunde respectievelijk meest voorkomende aandoeningen die een opname in een ziekenhuis noodzaken, betreffen. i1	Werkplek leren, dgl generaal rapport,	KPB
beeldvormende diagnostiek en functieonderzoek die algemene medische zorgvragen respectievelijk meest voorkomende aandoeningen die een opname in een ziekenhuis noodzaken, betreffen. i1	Werkplek leren, dgl generaal rapport,	KPB
probleemoplossend vermogen ten aanzien van zorgvragen die de algemene medische zorg betreffen. i1	Werkplek leren, dgl generaal rapport,	KPB
therapeutisch beleid, met speciale aandacht voor de betekenis van en effecten op de langere termijn in de context van comorbiditeit. i2	Werkplek leren, dgl generaal rapport en landelijk cursorisch onderwijs	KPB, certificaat
farmacotherapie, met speciale aandacht voor herkenning van polyfarmacie, met name in de context van de kwetsbare (oudere) patient waar comorbiditeit een belangrijke rol speelt, in afstemming met andere, bij de zorg om de patiënt betrokken, behandelaar(s). i1	Werkplek leren, grote visite en landelijk cursorisch onderwijs	KPB, certificaat
vaardigheden en procedures m.b.t. diagnostiek en therapie van ziektebeelden die op de verschillende klinische verpleegeenheden voorkomen. Het betreft hier zowel het uitvoeren van eenvoudige invasieve handelingen als kennis van de bijbehorende risico's. i1	Werkplek leren, grote visite en landelijk cursorisch onderwijs	KPB, certificaat

M 1.3 Effectieve en ethisch verantwoorde zorg		Voortgangsgesprek Stagebeoordeling
houdt rekening met en respecteert aard, sekse, leeftijd, familie, cultuur, omstandigheden, vermogens en toestand van de patiënt bij onderzoek en behandeling. i2	Werkplek leren, grote visite	KPB
herkent ethische aspecten, betreft die bij medische beslissingen en kan deze verantwoordoren tegenover andere zorgprofessionals. i2	Werkplek leren, grote visite en medisch ethische conferentie	KPB, 360 graden beoordeling, participatie
neemt kennis van het binnen een verpleegafdeling geldende medisch beleid en regels, afspraken en protocollen, en past deze adequaat toe. i1	Werkplek leren, dgl generaal rapport, grote visite en multidisciplinaire overlegmomenten	KPB
Signaleert bedreigingen voor het medisch, psychisch en sociaal welzijn van de patient en neemt passende maatregelen i2	Werkplek leren en multidisciplinaire overlegmomenten	KPB
M 1.4 Vinden, toepassen en delen van informatie		Voortgangsgesprek Stagebeoordeling
weet hoe en waar op efficiënte wijze kennis te vergaren rondom de zorg van een patient waarvoor hij de verantwoordelijkheid heeft aanvaard. Hiertoe weet hij op gepaste wijze gebruik te maken van raadpleging van andere betrokkenen in het zorgproces (specialisten, verpleegkundigen, thuiszorg, GGZ, huisarts etc.). i1	Werkplek leren en multidisciplinaire overlegmomenten	KPB
heeft kennis van het verkrijgen van medische informatie via ICT t.b.v. patientenzorg en past die toe. i1	Werkplek leren, CAT	KPB
C 2.1. Behandrelatie		Voortgangsgesprek Stagebeoordeling
heeft een open houding ten aanzien van de patiënt, ongeacht sekse, levensfase, sociale en economische status, opleiding, etnische achtergrond, cultuur, seksuele geaardheid en levensovertuiging. i1	Werkplek leren en reflectietraining	KPB, participatie
heeft begrip voor de situatie van de patiënt (ook in uitzonderlijke situaties) en diens sociale achtergrond en houdt hiermee rekening bij het onderzoek, advies, behandeling en begeleiding. i1	Werkplek leren, grote visite en multidisciplinaire overlegmomenten	KPB
heeft begrip voor de betekenis van de ziekte voor de patiënt en zijn naaste en aandacht voor de wijze waarop dezen hiermee omgaan. i1	Werkplek leren, multidisciplinaire overlegmomenten	KPB
is in staat met de patiënt (en diens familie) een gesprek over prognose, behandelings- (on)mogelijkheden, beleidsrestricties en beslissingen aan het einde van het leven te voeren. i2	Werkplek leren, communicatiecursus	KPB, certificaat
C 2.2 Luisteren en verkrijgen patiëntinformatie		Voortgangsgesprek Stagebeoordeling
is in staat een volledige anamnese af te nemen met tevens aandacht voor de zorgen, verwachtingen en (ziekte)ervaringen van de patiënt. i1	Werkplek leren,	KPB
is in staat een volledige anamnese uit te voeren bij patiënten van een andere cultuur en weet hoe met een taalbarrière om te gaan. i1	Werkplek leren,	KPB
is in staat informatie te verzamelen en te synthetiseren, gebruikmakend van andere bronnen zoals familie, artsen en andere hulpverleners. i1	Werkplek leren, grote visite, multidisciplinair overleg	KPB
beheerst de anamnesticke aspecten van algemeen medische zorgvragen, frequent voorkomende (chronische) ziektebeelden en van de meest voorkomende aandoeningen die een opname in een ziekenhuis noodzakelijk maken. i1	Werkplek leren, grote visite en dgl generaal rapport	KPB
beheerst de anamnesticke aspecten betreffende de psychosociale context van de patiënt. i1	Werkplek leren, grote visite	KPB
is in staat, wanneer de situatie context dit vereist, door een gerichte anamnese in korte tijd noodzakelijk geachte informatie te verkrijgen. i1	Werkplek leren,	KPB
C 2.3. Bespreken medische informatie met patiënt en diens naaste		Voortgangsgesprek Stagebeoordeling
kan op een gestructureerde en effectieve wijze medische informatie overdragen en de patiënt en diens naaste informeren over de voor- en nadelen van onderzoek, behandeling, mogelijke bijwerkingen en risico's. i1	Werkplek leren, communicatiecursus	KPB, certificaat

is in staat op begrijpelijke en humane wijze voor te lichten met als doel de patiënt zoveel mogelijk te betrekken bij de besluitvorming over het diagnostisch en therapeutisch beleid. i1	Werkplek leren, communicatiecursus	KPB, certificaat
is in staat de patiënt en diens omgeving op de hoogte te brengen van de aard en het te verwachten beloop van de ziekte. i1	Werkplek leren, communicatiecursus	KPB, certificaat
kan adequaat uitleg geven over bevindingen en over de redenen waarom wel of niet verdere behandeling wordt voorgesteld. i1	Werkplek leren, communicatiecursus	KPB, certificaat
kan de patiënt informeren en eventueel toestemming vragen voor deelname aan wetenschappelijk onderzoek of onderwijs. i1	Werkplek leren, communicatiecursus, cursus juridische zaken	KPB, certificaat
C.2.4 Verslaglegging en mondelinge overdracht		Voortgangsgesprek Stagebeoordeling
geeft blijk van deskundigheid en zorgvuldigheid op het gebied van statusvoering: hij registreert patiëntinformatie volledig, duidelijk, compleet en tijdig ten behoeve van het patiëntendossier. i1	Werkplek leren, dienstoverdracht, cursus juridische zaken	KPB, certificaat
geeft blijk van deskundigheid en zorgvuldigheid op het gebied van schriftelijke berichtgeving en doet dit op tijdige wijze naar de bij de zorg van de patiënt betrokken zorgverleners, zowel intra- als extramuraal. i1	Werkplek leren, dienstoverdracht, cursus juridische zaken	KPB, certificaat
is zorgvuldig door in het medisch dossier vast te leggen wanneer en waarover de patiënt (en/of diens) familie is geïnformeerd. i1	Werkplek leren, dienstoverdracht, cursus juridische zaken	KPB, certificaat
S.3.1. Overleg met collegae en andere zorgverleners		Voortgangsgesprek Stagebeoordeling
onderhoudt collegiale relaties waarbij hij eigen inbreng en die van anderen kan combineren. i1	Werkplek leren, dienstoverdracht, cursus juridische zaken	KPB, certificaat
is bij uitstek teamspeler en is in staat te kunnen samenwerken met collegae, zowel intra- als extramuraal. i1	Werkplek leren, dienstoverdracht, extramuraal zorg coördinatie en communicatie	KPB, 360 graden beoordeling
is in staat verschillende standpunten en meningen te wegen en te komen tot een synthese in het belang van de patiënt. i2	Werkplek leren, communicatiecursus en reflectietraining	KPB, certificaat
S.3.2. Verwijzing		Voortgangsgesprek Stagebeoordeling
heeft inzicht in de grenzen van de eigen deskundigheid en mogelijkheden en is bekend met de deskundigheid van anderen in de patiëntenzorg. i1	Werkplek leren, en dienstoverdracht	KPB
respecteert en maakt passend gebruik van de expertise van andere specialisten en zorgverleners. i1	Werkplek leren, en dienstoverdracht	KPB
vraagt adequaat consult, stelt de juiste consultvraag en kan consulten van andere specialisten juist interpreteren. i1	Werkplek leren	KPB
S.3.3 Leveren intercollegiaal consult		Voortgangsgesprek Stagebeoordeling
<i>De ziekenhuisarts is in staat een intercollegiaal consultvraag van een collega ziekenhuisarts adequaat te beantwoorden</i>	Werkplek leren, gemeenschappelijke bijeenkomst ziekenhuisartsen (i.o)	KPB
S.3.4 Multidisciplinaire samenwerking en ketenzorg		Voortgangsgesprek Stagebeoordeling
is in staat adequaat in teamverband te functioneren en daarbij de verschillende hiërarchische en functionele rollen te herkennen en te respecteren. i1	Werkplek leren, gemeenschappelijke bijeenkomst ziekenhuisartsen (i.o)	KPB
werkt effectief samen binnen multidisciplinaire teams van wisselende samenstelling, brengt eigen expertise en meningen in, maar is ook ontvankelijk voor andere standpunten. i1	Werkplek leren, multidisciplinaire overlegmomenten	KPB
kan bij multidisciplinair overleg zowel de rol van participerend lid als die van voorzitter vervullen. i3	Werkplek leren, multidisciplinaire overlegmomenten	KPB

levert een bijdrage aan het optimaal functioneren van de verpleegafdeling als schakel in de zorgketen. i3	Werkplek leren, grote visite, multidisciplinaire overlegmomenten	KPB
is verantwoordelijk voor de zorg voor de patiënt waarvoor hij de zorg heeft aanvaard tot het moment dat hij zeker heeft gesteld dat deze zorg op correcte wijze, met alle benodigde informatie is overgedragen aan een andere zorgprofessional, en controleert of de informatie als zodanig is overgekomen. i1	Werkplek leren, grote visite, multidisciplinaire overlegmomenten	KPB
beschikt over kennis en inzicht met betrekking tot de organisatie van multiprofessionele zorgverlening en past deze kennis adequaat toe. i1	Werkplek leren, grote visite, multidisciplinaire overlegmomenten	KPB
beschikt over kennis van de in het betreffende ziekenhuis vigerende zorgpaden en protocollen. i1	Werkplek leren, grote visite, multidisciplinaire overlegmomenten	KPB
beschikt over kennis en inzicht met betrekking tot de organisatie van transmurale zorg en past deze kennis adequaat toe. i2	Werkplek leren, stage extramuraal zorg coördinatie en communicatie, cursorisch onderwijs	KPB, stage beoordeling, certificaat
geeft blijk van een adequaat vermogen ten aanzien van voorkomen, onderhandelen en oplossen van een interprofessioneel conflict en respecteert daarbij verschillen, misverstanden en beperkingen van anderen. i3	Werkplek leren, grote visite, multidisciplinaire overlegmomenten	KPB
bewaakt binnen een multidisciplinair team de kwaliteit van de algemene medische zorg die verleend wordt aan individuele patiënten en aan patiëntengroepen die vanwege hun specifieke ziektebeelden, leeftijd of chroniciteit op een behandeling door meerdere artsen en/of meerdere medische disciplines zijn aangewezen. i3	Werkplek leren, grote visite, multidisciplinaire overlegmomenten	KPB
W 4.1. Medische informatie kritisch beschouwen		Voortgangsgesprek Stagebeoordeling
heeft een gefundeerde kritische houding t.o.v. wetenschappelijke kennis waarop het medisch handelen is gebaseerd. i1	Lintprogramma	certificaat
is in staat onderzoek m.b.t. eigen vakgebied te presenteren, te interpreteren en te evalueren. i1	CAT, referaat, onderwijs geven	KPB
weet n.a.v. zorgvragen medische literatuur te vinden en te beoordelen op basis van 'evidence-based medicine'-principes. i1	CAT, referaat	KPB
weet hoe klinisch epidemiologische kennis, opgedaan in groepen patiënten, vertaald kan worden naar de individuele patiënt. i2	Referaat en landelijk cursorisch onderwijs	KPB, certificaat
W 4.2. Bevordering en ontwikkeling van vakkennis		Voortgangsgesprek Stagebeoordeling
levert een bijdrage aan de ontwikkeling van het wetenschappelijk domein van de ziekenhuisgeneeskunde door zelf onderzoeks- en/of kwaliteitsprojecten op te zetten dan wel deel te nemen aan dergelijke projecten, opgezet vanuit andere disciplines. i3	Lintprogramma, meesterstuk	certificaat
ontwerpt en evalueert efficiënte, effectieve, veilige en patiëntvriendelijke onderzoeks- en behandelingsprocedures waarbij meerdere medische specialismen zijn betrokken. i3	Lintprogramma	certificaat
beschikt over kennis van ethische en medisch-maatschappelijke aspecten van onderzoek. i3	Lintprogramma, cursus juridische zaken	certificaat
W 4.3. Persoonlijk bij- en nascholingsplan		
blijft op de hoogte van medisch-inhoudelijke ontwikkelingen op het gebied van de ziekenhuisgeneeskunde en vermeerderd deze kennis in een continu leerproces. i1	Lintprogramma	certificaat
is in staat eigen blinde vlekken en/of lacunes in de beroepsuitoefening op te sporen en deze via nascholing of anderszins op te heffen. i1	Werkplek leren, gemeenschappelijke bijeenkomst ziekenhuisartsen (i.o), cursorisch onderwijs	KPB, certificaat
W 4.4. Bevordering deskundigheid van anderen		Voortgangsgesprek Stagebeoordeling
geeft onderwijs aan studenten, co-assistenten, verpleegkundigen en niet-medische zorgprofessionals en zo mogelijk AIOS. i1	Onderwijs geven aan andere zorgverleners	KPB, 360 graden beoordeling
levert een bijdrage aan de opleiding tot ziekenhuisarts. i3	Participatie en evaluatie cursorisch onderwijs	certificaat
draagt verantwoordelijkheid voor het organiseren van referereerbijeenkomsten en voorlichtingsactiviteiten binnen het werkgebied, verzorgt klinische lessen, presentaties, voordrachten en/of publicaties voor medische en paramedische	Werkplek leren, gemeenschappelijke bijeenkomst ziekenhuisartsen (i.o), cursorisch	KPB, participatie, certificaat

opleidingen. i3	onderwijs	
Ma 5.1. Determinanten van ziekte herkennen		Voortgangsgesprek Stagebeoordeling
houdt rekening met de verschillende levensfasen van de patiënt en diens sociale achtergrond en is zich bewust van de gevolgen van ziekte voor de gezinsleden en verdere omgeving. i2	Werkplek leren, grote visite, multidisciplinaire overlegmomenten	KPB
kent de belangrijkste determinanten die de gezondheid van kwetsbare (vaak oudere) patiënten met comorbiditeit bedreigen. i2	Werkplek leren, gemeenschappelijke bijeenkomst ziekenhuisartsen (i.o), cursorisch onderwijs	KPB, certificaat
heeft inzicht in menselijk gedrag in verschillende omstandigheden (m.n. probleemsituaties), en bij verschillende culturele achtergronden. i2	Werkplek leren, gemeenschappelijke bijeenkomst ziekenhuisartsen (i.o), cursorisch onderwijs	KPB, certificaat
heeft inzicht in sociale en maatschappelijke gevolgen van intoxicaties en verslaving. i1	Werkplek leren, gemeenschappelijke bijeenkomst ziekenhuisartsen (i.o), cursorisch onderwijs	KPB, certificaat
Ma 5.2. Gezondheid bevorderen		Voortgangsgesprek Stagebeoordeling
kent de determinanten van volksgezondheid zoals demografische, sociale, culturele en economische factoren en heeft kennis van de relatieve omvang van ziekte, handicap en sterfte en de verdeling daarvan binnen verschillende bevolkingsgroepen. i1	Werkplek leren, gemeenschappelijke bijeenkomst ziekenhuisartsen (i.o), cursorisch onderwijs	KPB, certificaat
maakt een adequate inschatting van de psychosociale voorwaarden om een patiënt verantwoord te kunnen laten terugkeren naar de thuissituatie. i2	Werkplek leren, gemeenschappelijke bijeenkomst ziekenhuisartsen (i.o), stage extramurale zorg coördinatie en communicatie, cursorisch onderwijs	KPB, participatie, stage beoordeling, certificaat
heeft kennis op het gebied van arbeidsongeschiktheid en bevordert het behoud van arbeidsgeschiktheid. i3	Werkplek leren, gemeenschappelijke bijeenkomst ziekenhuisartsen (i.o), cursus juridische zaken	KPB, participatie, certificaat
is deskundig op het gebied van de preventieve geneeskunde (zoals trombose, decubitus, osteoporose, wondinfecties etc) en levert een bijdrage aan preventieprogramma's. i1	Werkplek leren en landelijk cursorisch onderwijs	KPB, certificaat
neemt, in samenwerking met met ziekenhuishygiëne, initiatief ter preventie van verspreiding van nosocomiale infectieziekten. i3	Werkplek leren en landelijk cursorisch onderwijs	KPB, certificaat
Ma 5.3. Relevante wettelijke bepalingen en regelgeving		Voortgangsgesprek Stagebeoordeling
handelt in het licht van de gedane belofte of eed. i1	Werkplek leren en landelijk cursorisch onderwijs	KPB, certificaat
handelt in overeenstemming met vigerende wetgeving, waaronder met name de wet BIG, WGBO, Wet Orgaandonatie, Wet op de privacy (WBP), Wet op de levensbeëindiging (WOLB), FONA, METc- en WMO-regelgeving, Beleidsregels gunstbetoon, en de WBP. i1	Werkplek leren, cursus juridische zaken	KPB, certificaat
handelt volgens de gedragsregels van de KNMG. i1	Werkplek leren, cursus juridische zaken	KPB, certificaat
Ma 5.4. Incidenten in de zorg		Voortgangsgesprek Stagebeoordeling
is bekwaam in situaties waarin de patiëntveiligheid (extra) aandacht vraagt en weet in voorkomende situaties adequaat te handelen. i1	Werkplek leren, Lintprogramma	KPB, certificaat
herkent incidenten in de patiëntenzorg, tracht deze door bespreking en verbetering van processen hanteerbaar te maken, weet hoe deze incidenten correct te melden en neemt passende correctieve en/of preventieve maatregelen. i2	Werkplek leren, multidisciplinaire overlegmomenten, commissiewerk en VIM meldingen	KPB, 360 graden beoordeling
maakt complicaties, opgetreden bij de behandeling van patiënten, bespreekbaar, zowel voor collega's als voor de patiënt. i2	Werkplek leren, multidisciplinaire overlegmomenten, grote visite, commissie werk en VIM meldingen	KPB, 360 graden beoordeling
herkent gemaakte fouten, zowel van zichzelf als van anderen, maakt deze bespreekbaar en weet er lering uit te trekken. i1	Werkplek leren, multidisciplinaire overlegmomenten, grote visite en VIM meldingen	KPB

informeert de patiënt desgewenst over klachtenprocedures en instanties. i1	Werkplek leren, cursus juridische aspecten	KPB, certificaat
O 6.1. Organiseren naar balans		Voortgangsgesprek Stagebeoordeling
verdeelt de energie goed en bewaakt de balans tussen patiëntenzorg, leerbehoeften van de opleiding, persoonlijke ontwikkeling en andere (sociale) activiteiten. i1	Werkplek leren, DOO	KPB, certificaat
kan medisch handelen in de beroeps- en privésfeer scheiden. i1	Werkplek leren, DOO	KPB, certificaat
kan omgaan met stress. i1	Werkplek leren, reflectietraining	KPB, participatie
past principes van time-management adequaat toe. i1	Werkplek leren, DOO, reflectietraining	KPB, certificaat, participatie
O 6.2. Verantwoorde besteding beschikbare middelen		Voortgangsgesprek Stagebeoordeling
bezit kennis en vaardigheden om daarmee op een passende wijze gebruik te maken van de beschikbare middelen en voorzieningen in de zorg om daarmee bij te dragen aan een zo effectief en efficiënt mogelijke bedrijfsvoering. i1	Werkplek leren, DOO,	KPB, certificaat,
stelt de indicatie voor aanvullend onderzoek adequaat, daarbij rekening houdend met de te verwachten opbrengst, relevantie voor het verdere besluitvormingsproces, wensen van en belasting voor de patiënt alsook kosten. i1	Werkplek leren, medisch ethische conferentie,	KPB, participatie
gaat waar mogelijk volgens richtlijnen te werk. i1	Werkplek leren, cursus juridische aspecten	KPB, certificaat
houdt rekening met invloeden die een behandeling positief en negatief kunnen beïnvloeden waaronder de inschatting van therapietrouw en de psychosociale context. i2	Werkplek leren, communicatie cursus	KPB, certificaat
weegt de betekenis van behandeling af in relatie tot levenskwaliteit en -duur. i2	Werkplek leren, medisch ethische conferentie en communicatie cursus	KPB, participatie, certificaat
beschikt over praktische kennis met betrekking tot mogelijkheden van interventie door paramedici, taakverschuiving en taakdelegatie. i2	Werkplek leren, multidisciplinaire overlegmomenten en grote visite	KPB
O 6.3. Effectief en doelmatig werken		Voortgangsgesprek Stagebeoordeling
geeft blijk op de hoogte te zijn van de wijze waarop verpleegafdeling en ziekenhuis zijn ingericht en maakt adequaat gebruik van diverse informatiestromen, procedures en protocollen. i1	Werkplek leren, multidisciplinaire overlegmomenten en grote visite	KPB
is in staat de regie en coördinatie van de patiëntenzorg op de verpleegafdeling uit te voeren vanuit het perspectief van clinical governance. i3	Werkplek leren, multidisciplinaire overlegmomenten en grote visite	KPB
participeert in de organisatie van de verpleegeenheid (en het ziekenhuis) door deel te nemen aan overleg en werkgroepen gericht op het verbeteren van de werkorganisatie en de samenwerking met anderen. i1	Werkplek leren, multidisciplinaire overlegmomenten, grote visite en commissie werk	KPB, 360 graden
draagt bij aan de ontwikkeling van gegevensregistratie die van belang is voor bedrijfsvoering c.q. kwaliteit van zorg. i1	Werkplek leren, multidisciplinaire overlegmomenten en commissie werk	KPB
is in staat een onderwerp voor een clinical audit te selecteren, deze uit te voeren, te evalueren en te presenteren. i3	Werkplek leren, Lintprogramma	KPB, certificaat, 360 graden
bevordert de kwaliteit van zorg en patiëntveiligheid door bevordering van het opstellen en toepassen van richtlijnen en protocollen binnen een verpleegeenheid. i3	Werkplek leren, Lintprogramma	KPB, certificaat
voert methodisch onderzoek uit naar de doelmatigheid en effectiviteit van de verleende medische zorg, en naar oorzaken van onverwachte verschijnselen tijdens medische behandeling. i3	Werkplek leren, Lintprogramma	KPB, certificaat
draagt zorg voor implementeren en borgen van kwaliteit van zorg en patiëntveiligheid. i3	Werkplek leren, Lintprogramma	KPB, certificaat
draagt bij aan een effectieve en efficiënte bedrijfsvoering, rekening houdend met het beleid van ziekenhuis en budgettaire kaders (beschikbare mensen en middelen). i1	Werkplek leren, Lintprogramma en commissie werk	KPB, certificaat, participatie
draagt bij aan de zorg voor een veilig werkklimaat. i1	Werkplek leren, Lintprogramma en commissie werk	KPB, certificaat, participatie
gaat op flexibele en slagvaardige wijze om met de wisselende en soms onvoorspelbare omstandigheden op de verpleegafdeling en kan, in geval van urgentie, prioriteren. i1	Werkplek leren en grote visite	KPB

is op de hoogte van buiten de eigen zorginstelling beschikbare mogelijkheden van mantelzorg, thuiszorg en andere hulpverleningsinstanties, indicaties voor kortdurende opnames en verpleeghuis en houdt rekening met eventuele schaarste in zorgfaciliteiten. i2	Werkplek leren, gemeenschappelijke bijeenkomst ziekenhuisartsen (i.o), stage extramuraal zorg coördinatie en communicatie, cursorisch onderwijs	KPB, participatie, stage beoordeling, certificaat
O 6.4. Gebruik ICT		Voortgangsgesprek Stagebeoordeling
gebruikt informatietechnologie voor het optimaliseren van de patiëntenzorg, 'een leven lang leren' (onderwijs/opleiding) en andere activiteiten (m.n. onderzoek). i1	Werkplek leren en CAT	KPB
beschikt over kennis van informatie- en communicatietechnologie en past deze toe. i1	Werkplek leren en CAT	KPB
gebruikt informatietechnologie t.b.v. het toepassen van een kwaliteitssysteem. i3	Werkplek leren en CAT	KPB
P 7.1. Hoogstaande patiëntenzorg		Voortgangsgesprek Stagebeoordeling
levert hoogstaande zorg waarbij affectieve, emotionele en cognitieve dimensies van de patiënt een plaats krijgen in het medische beleid. i1	Werkplek leren en communicatiecursus	KPB, certificaat
is in staat om in alle omstandigheden met onverdeelde aandacht te werken. i1	Werkplek leren, reflectietraining en DOO	KPB, certificaat
is in staat om in zijn beroepsuitoefening empathie te tonen. i1	Werkplek leren, reflectietraining en DOO	KPB, participatie, certificaat
toont besef van de afhankelijke positie van de patiënt. i1	Werkplek leren en reflectietraining	KPB, participatie
toont een actieve instelling waarbij hij eigen blinde vlekken en/of lacunes in de beroepsuitoefening opspoorde en tracht deze via nascholing of anderszins op te heffen. i1	Werkplek leren, zelfstudie en cursorisch onderwijs	KPB, participatie
kan feedback geven en ontvangen en laat zien hieruit lering te trekken. i1	Werkplek leren en reflectietraining	KPB, participatie
P 7.2. Persoonlijk en interpersoonlijk professioneel gedrag en reflectie		Voortgangsgesprek Stagebeoordeling
streeft naar excellentie. i1	Werkplek leren, zelfstudie en reflectietraining	KPB, participatie
is zich bewust van de emotionele en cognitieve (waarden, levenservaring, vaardigheden, beperkingen, denkgewoontes, voorkeuren) aspecten in zijn handelen, inclusief de effecten daarvan voor de interactie en communicatie met patiënten, familie en andere professionals. i1	Werkplek leren, reflectietraining en communicatiecursus	KPB, participatie, 360 graden beoordeling certificaat
toont nieuwsgierigheid en de bereidheid om gewoontes, vooroordelen, houding en fouten kritisch onder de loep te nemen. i1	Werkplek leren, zelfstudie en reflectietraining	KPB, participatie, 360 graden beoordeling certificaat
gaat adequaat om met eigen gevoelens, remmingen, normen en waarden, in relatie tot bepaalde gevoelens, opgeroepen door contact met een patiënt of iemand in diens directe omgeving (irritatie, afkeer, schaamte, erotiek, etc.). i1	Werkplek leren, zelfstudie en reflectietraining	KPB, participatie, 360 graden beoordeling certificaat
is zich bewust van het belang van non-verbale signalen, kan deze bij zichzelf herkennen en hier adequaat mee omgaan. i1	Werkplek leren, reflectietraining en communicatiecursus	KPB, participatie, 360 graden beoordeling certificaat
is in staat irrationeel gedrag te herkennen en past zijn handelen hierop aan. i1	Werkplek leren, reflectietraining en communicatiecursus	KPB, participatie, 360 graden beoordeling certificaat
signaleert gevoelens van onvrede, aanwezig bij de patiënt en/of zichzelf en maakt deze bespreekbaar. i1	Werkplek leren, reflectietraining en communicatiecursus	KPB, participatie, 360 graden beoordeling certificaat
laat zien in staat te zijn om zijn oordeel op te schorten bij intercollegiaal overleg. i1	Werkplek leren, reflectietraining	KPB, participatie, 360 graden beoordeling certificaat,
herkent affect en emoties in intercollegiaal overleg. i1	Werkplek leren, multidisciplinaire overlegmomenten en commissie werk	KPB, participatie, 360 graden beoordeling certificaat
herkent irrationeel gedrag tussen professionals en maakt dit bespreekbaar. i1	Werkplek leren, multidisciplinaire overlegmomenten, grote visite en reflectietraining	KPB, participatie, 360 graden beoordeling certificaat
gaat adequaat om met hiërarchisch professionele relaties zoals een opleidingsrelatie of hiërarchie gebaseerd op macht, structuur of expertise. i1	Werkplek leren, multidisciplinaire overlegmomenten en reflectietraining	KPB, participatie, 360 graden beoordeling certificaat

P 7.3. Kennen grenzen eigen competenties		Voortgangsgesprek Stagebeoordeling
heeft een eigenstandige zorgplicht en zal geen handelingen verrichten die buiten zijn kennis of vermogen liggen. i1	Werkplek leren, reflectietraining	KPB, participatie
geeft blijk van besef dat voor het functioneren als ziekenhuisarts het van belang is dat hij kan omgaan met onzekerheid en eigen beperkingen kan onderkennen. i1	Werkplek leren, reflectietraining	KPB, participatie, 360 graden beoordeling certificaat
laat zien in staat te zijn eigen taken af te bakenen ten opzichte van andere medische disciplines en de verpleegkundige professie. i1	Werkplek leren, multidisciplinaire overlegmomenten en reflectietraining	KPB, participatie, 360 graden beoordeling certificaat
P 7.4. Geneeskunde uitoefenen naar ethische normen en reflectie		Voortgangsgesprek Stagebeoordeling
gaat binnen het kader van de beroepsethiek bewust om met voorkomende verschillen in normen en waarden. i2	Werkplek leren, reflectietraining, DOO	KPB, participatie, 360 graden beoordeling certificaat
verleent op zorgzame, empathische en gewetensvolle wijze geneeskundige zorg zonder vooroordelen. i1	Werkplek leren, reflectietraining	KPB, participatie, 360 graden beoordeling certificaat
handelt conform de geldende beroepscode en wet- en regelgeving. i1	Werkplek leren en cursus juridische zaken	KPB, certificaat
is in staat om ethische aspecten en morele vragen die bij medische beslissingen in het geding zijn te herkennen en te analyseren. i3	Werkplek leren en medisch ethische conferentie	KPB, participatie, 360 graden beoordeling certificaat
committeert zich aan ethische beginselen met betrekking tot het al dan niet leveren van klinische zorg, vertrouwelijkheid van patiëntgegevens, vertrouwelijk verkregen toestemming (informed consent) en bedrijfsvoering. i1	Werkplek leren en medisch ethische conferentie	KPB, participatie, 360 graden beoordeling certificaat

Bijlage 10 Specifieke leerdoelen (niet exclusief!) Huisarts/ouderengeneeskunde

Bij het leren en ontwikkelen van de AIOZ betreft het steeds het perspectief van de AIOZ in zijn rol als ZHA. De hieronder geformuleerde leerdoelen moeten dan ook in die context worden gezien.

De ziekenhuisarts:

- is in staat de psychosociale context van een patiënt te beoordelen en kent de implicaties hiervan voor diagnostiek, behandeling en vervolgtraject
- farmacotherapie, met speciale aandacht voor herkenning van polyfarmacie, met name bij de kwetsbare (oudere) patiënt bij wie comorbiditeit een belangrijke rol speelt, in afstemming met andere, bij de zorg om de patiënt betrokken, behandelaar(s).
- weet hoe en waar op efficiënte wijze kennis te vergaren ten behoeve van de zorg van een patiënt voor wie hij de verantwoordelijkheid heeft aanvaard. Hiertoe weet hij op gepaste wijze gebruik te maken van raadpleging van andere zorgverleners in het zorgproces (specialisten, verpleegkundigen, thuiszorg, GGZ, huisarts etc.).

Aanvullende leerdoelen vanuit specialisme Ouderengeneeskunde

- De ziekenhuisarts heeft kennis van het prognose/beloop van veel voorkomende chronische ziekten bij kwetsbare ouderen in de setting van het specialisme ouderengeneeskunde.
- De ziekenhuisarts is in staat om bij kwetsbare ouderen met multimorbiditeit samen met de patiënt/ dan wel wettelijke vertegenwoordiger af te wegen in welke mate curatieve behandeling zinvol/wenselijk is of dat symptomatisch/palliatief beleid moet worden ingezet in de setting van het specialisme ouderengeneeskunde, en deze afweging te vertalen in een zorgbehandelplan ('advancedcareplanning').

De ziekenhuisarts (vervolg ZHA)

- is in staat informatie te verzamelen, te ordenen en te synthetiseren, gebruikmakend van andere bronnen zoals familie, artsen en andere hulpverleners.
- geeft blijk van deskundigheid en zorgvuldigheid op het gebied van schriftelijke berichtgeving en doet dit op tijdige wijze naar de bij de zorg van de patiënt betrokken zorgverleners, zowel intra- als extramuraal.
- onderhoudt collegiale relaties waarbij hij eigen inbreng en die van anderen kan combineren.
- is bij uitstek teamspeler en is in staat te kunnen samenwerken met collegae, zowel intra- als extramuraal.
- heeft inzicht in de grenzen van de eigen deskundigheid en mogelijkheden en is bekend met de deskundigheid van anderen in de patiëntenzorg.
- vraagt adequaat consult, stelt de juiste consultvraag en kan consulten van andere specialisten juist interpreteren.
- is verantwoordelijk voor de zorg voor de patiënt voor wie hij de zorg heeft aanvaard tot het moment dat hij zeker heeft gesteld dat deze zorg op correcte wijze, met alle benodigde informatie is overgedragen aan een andere zorgprofessional, en controleert of de informatie als zodanig is overgekomen.
- beschikt over kennis en inzicht met betrekking tot de organisatie van multidisciplinaire zorgverlening en past deze adequaat toe
- beschikt over kennis en inzicht met betrekking tot de organisatie van transmurale zorg en past deze kennis adequaat toe.
- heeft inzicht in menselijk gedrag in verschillende omstandigheden (m.n. probleemsituaties), en bij verschillende culturele achtergronden.
- heeft inzicht in sociale en maatschappelijke gevolgen van intoxicaties en verslaving.

- kent de determinanten van volksgezondheid zoals demografische, sociale, culturele en economische factoren en heeft kennis van de relatieve omvang van ziekte, handicap en sterfte en de verdeling daarvan binnen verschillende bevolkingsgroepen.
- maakt een adequate inschatting van de psychosociale voorwaarden om een patiënt verantwoord te kunnen laten terugkeren naar de thuissituatie.
- heeft kennis op het gebied van arbeidsongeschiktheid en bevordert het behoud van arbeidsgeschiktheid.
- houdt rekening met invloeden die een behandeling positief en negatief kunnen beïnvloeden waaronder de inschatting van therapietrouw en de psychosociale context.
- is op de hoogte van buiten de eigen zorginstelling beschikbare mogelijkheden van mantelzorg, thuiszorg en andere hulpverleningsinstanties, indicaties voor kortdurende opnames en verpleeghuis en houdt rekening met eventuele schaarste in deze zorgfaciliteiten.