

# GEAR kwaliteitskader

Kwaliteitsinstrument Huisartsopleiding Nederland

VERSIE 2026



HUISARTSOPLEIDING

NEDERLAND



Deel I

Deel II



# GEAR kwaliteitskader

Kwaliteitsinstrument Huisartsopleiding Nederland

VERSIE 2026



## Colofon

### Portefeuillehouders Kwaliteit namens de hoofden van de opleidingen

Ester Wesseling, Hoofd Huisartsopleiding Erasmus MC  
Erik Teunissen, Hoofd Huisartsopleiding UMCG

### Landelijke Kwaliteitscoördinatoren huisartsopleidingen

Lisette Dijkink (Erasmus MC)  
Anneloes Berns (Radboudumc)  
Carolien Nusse (UMC Utrecht)  
Anneriek Meerveld (UMCG)  
Yvette Piscaer (AmsterdamUMC)  
Jonne van der Zwet (Maastricht University)  
Jorien Doets (LUMC)



### Projectcoördinatie GEAR

Hanneke van der Lende (programmamanager Kwaliteit, Huisartsopleiding Nederland)  
Jean van Wersch (NHG Praktijk Accreditering b.v.)  
Luc Nijenhuis (beleidsmedewerker, Huisartsopleiding Nederland)

### Contact

Huisartsopleiding Nederland  
Orteliuslaan 750  
3528 BB Utrecht  
Telefoon: 030 – 227 28 00  
secretariaat@huisartsopleiding.nl

### NHG Praktijk Accreditering b.v.

Mercatorlaan 1200  
Postbus 28, 3500 AA Utrecht  
Telefoon: 088 – 022 00 00  
gear@praktijkaccreditering.nl



Ontwerp/opmaak: Luc Nijenhuis

### © Huisartsopleiding Nederland

Niets uit deze uitgave mag worden veelevoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand, of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch, door fotokopieën of opnamen, hetzij op enige andere manier, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van Huisartsopleiding Nederland.

## Inhoudsopgave

Colofon	4
Voorwoord	7
Leeswijzer	9
<b>DEEL I GEAR</b>	<b>11</b>
Hoofdstuk 1: Doel, inhoud en opzet GEAR	13
Waarderend auditeren	20
Hoofdstuk 2: Terugblik op GEAR Auditronde 2022	22
<b>DEELII Domeinen GEAR</b>	<b>27</b>
Domein 1: Visie & kwaliteitsbeleid	31
Domein 2: Curriculum	37
Domein 3: Leeromgeving	43
Domein 4: Beoordeling & besluitvorming	51
Domein 5: Organisatie, management & medewerkers	56



## Voorwoord

Met de start van de vijfde GEAR-ronde zetten de zeven huisartsopleidingen opnieuw een mooie stap in het versterken van onze gezamenlijke kwaliteit. GEAR helpt ons om scherp te blijven op wat goed gaat, waar we van kunnen leren en hoe we als opleidingsinstituten samen nog sterker kunnen worden. Door ervaringen te delen en kritisch naar onze eigen processen te kijken, blijft de kwaliteit van de huisartsopleiding groeien.

In deze ronde hebben we veel verbeterd: de domeinen en onderliggende indicatoren zijn herzien, mede in het licht van het LOP 2024, het handboek is volledig bijgewerkt en het academisch niveau is meer verweven in de verschillende domeinen.

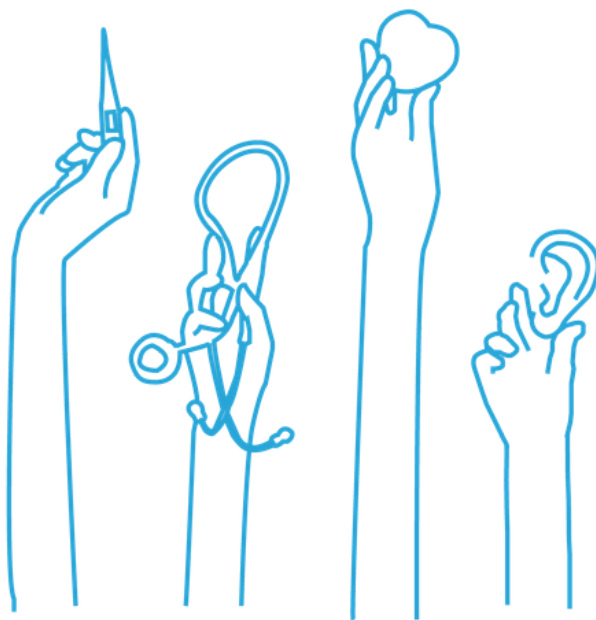
GEAR is niet alleen een instrument om kwaliteit te beoordelen, maar ook juist een praktisch hulpmiddel om kwaliteit zichtbaar te maken en te versterken. Iedereen die bij de GEAR betrokken is — van aios en docenten tot stafleden, opleiders en onderzoekers — levert daarin een waardevolle bijdrage. Samen zorgen we voor een huisartsopleiding die blijft aansluiten bij de zorg van de toekomst. Onze dank gaat uit naar alle kwaliteitscoördinatoren en de NPA voor hun inzet en betrokkenheid. Dankzij hen kunnen we deze GEAR-ronde met enthousiasme starten.

### Erik Teunissen

Hoofd Huisartsopleiding UMCG  
Portefeuillehouder Kwaliteit  
namens de hoofden

### Ester Wesseling

Hoofd Huisartsopleiding ErasmusMC  
Portefeuillehouder Kwaliteit  
namens de hoofden



## Leeswijzer

Lees voor een snelle kennismaking met de GEAR, het kwaliteitsinstrument om periodiek de huisartsopleidingen in Nederland te evalueren en te verbeteren, hoofdstuk 1 'Doel, inhoud en opzet GEAR'. Dit hoofdstuk geeft een korte beschrijving van de inhoud en werkwijze tijdens deze vijfde GEAR Auditronde. De belangrijkste resultaten van de vorige GEAR Auditronde zijn te vinden in hoofdstuk 2 'Terugblik op GEAR Auditronde 2022'.

De vernieuwde inhoud van de domeinen is beschreven in hoofdstuk 3 'Domeinen GEAR'. Alle vijf de domeinen 'Visie & kwaliteitsbeleid', 'Curriculum', 'Leeromgeving', 'Beoordeling & besluitvorming' en 'Organisatie, management & medewerkers' zijn in dit hoofdstuk nader uitgewerkt.



Deel I

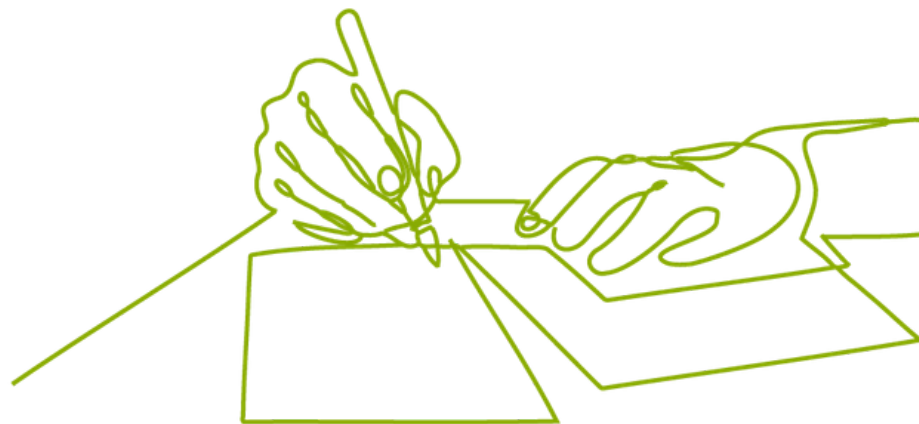
Deel II



deel I

# GEAR





## HOOFDSTUK 1

# Doel, inhoud en opzet GEAR

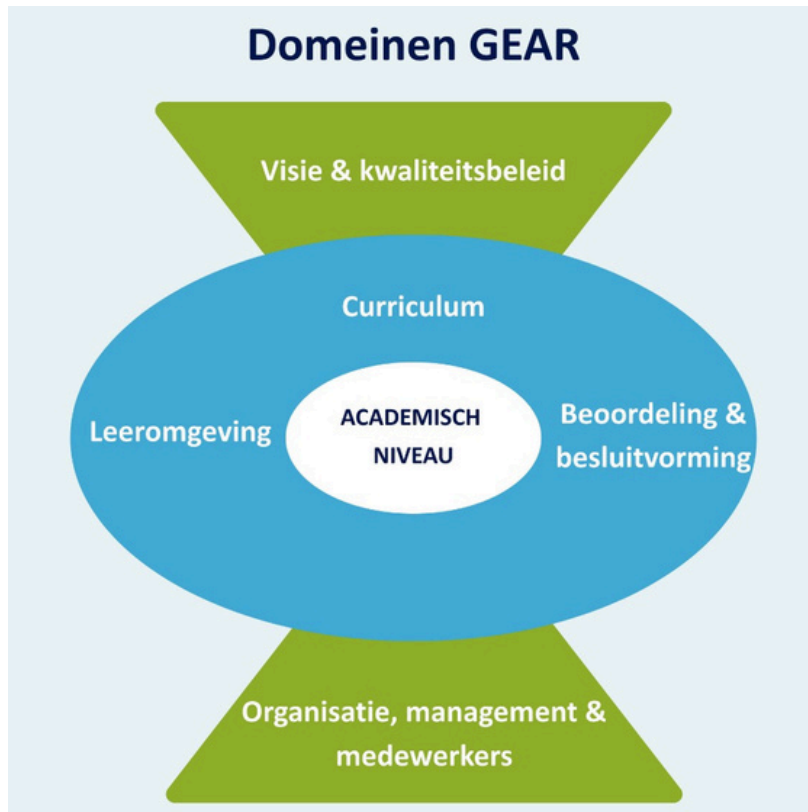
### Doel GEAR

De GEAR, de Gecombineerde Evaluatie- en Audit Ronde, is het landelijk kwaliteitsinstrument van de zeven huisartsopleidingen in Nederland. Het doel van de GEAR is om als opleidingsinstituut samen met het auditteam te komen tot een analyse van de opleiding als basis voor verbetering. Met de GEAR willen de opleidingsinstituten de kwaliteit van de opleidingen in kaart brengen, de samenwerking bevorderen, en hiermee gelijkwaardige kwaliteit nastreven.

### Inhoud GEAR

De GEAR maakt gebruik van een indeling in vijf domeinen, zoals te zien in figuur 1. Samen omvatten deze domeinen de meest relevante processen binnen de opleiding. De drie kerndomeinen 'Curriculum', 'Leeromgeving' en 'Beoordeling & besluitvorming' vormen ook de inhoudelijke kern van de auditronde. De randvoorwaardelijke domeinen 'Visie & kwaliteitsbeleid' en 'Organisatie, management & medewerkers' komen bij de audit aan de orde in het gesprek met het MT.

Het academisch niveau van de opleiding is integraal onderdeel van de verschillende domeinen. Het betreft de mate waarin het opleidingsinstituut bijdraagt aan een leer- en werkklimaat waarin het vermogen tot systematisch, innovatief en kritisch denken en handelen centraal staat. Het academisch niveau van een opleiding stuurt hiermee aan op kennis en vaardigheden waarmee toekomstige huisartsen richting kunnen geven aan de continue doorontwikkeling van hun vak bij veranderingen in de zorg en maatschappij.



FIGUUR 1: DE GEAR-DOMEINEN

Elk domein is opgebouwd uit thema's. Na een korte toelichting zijn per thema één of meerdere indicatoren benoemd, in de vorm van een stelling. Alle indicatoren, ook degene die door de komst van het vernieuwde LOP (2024) zijn aangepast, bevatten voor de context een aantal steunvragen.

## Opzet GEAR

Het verloop van de auditronde is weergegeven in figuur 2. Deze GEAR is de vijfde auditronde en wordt elke vijf jaar gedaan. De auditronde omvat ook de verbeter -en uitwisselfase tussen de audits.



FIGUUR 2: VERLOOP VAN DE AUDITRONDE



## Zelfevaluatie

In de zelfevaluatie geven de instituten per indicator, met behulp van de steunvragen, aan waar zij zich bevinden op de vijfpuntsschaal 'Helemaal niet van toepassing', 'Niet echt van toepassing', 'Van toepassing', 'Grotendeels van toepassing' of 'Volledig van toepassing'. De steunvragen kunnen worden meegenomen bij de score op de betreffende indicator.

Waar van toepassing worden ook resultaten van de Nivel-enquêtes weergegeven als extra informatie bij het scoren van de indicatoren in de zelfevaluatie.

Na het scoren van de indicatoren geeft het instituut een toelichtende onderbouwing per thema. Ook is het mogelijk om te verwijzen naar documentatie, die aan het auditteam ter beschikking wordt gesteld.

## NIVEL-enquête

Bij de auditronde wordt gebruik gemaakt van de Nivel-enquêtes die eind 2025 zijn afgenomen onder aios, huisartsopleiders en alumni. Deze enquêtes zijn vernieuwd en sluiten waar mogelijk aan op de GEAR-domeinen. De enquêteresultaten worden bij de zelfevaluatie en het auditbezoek meegenomen.

## Reflectieverslag

Net als bij de voorgaande auditrondes onderbouwen de instituten hun zelfevaluatie met een reflectieverslag en vullen dit waar nodig aan met relevante documentatie. In het reflectieverslag wordt er gekeken naar de resultaten van de zelfevaluatie, de resultaten van de Nivel-enquêtes, de voortgang van verbeterplannen uit de vorige auditronde(s) en overige actuele ontwikkelingen. Daarnaast geven de instituten aan welke aandachtspunten zij graag aan de orde willen laten komen tijdens het auditbezoek. Het reflectieverslag en de aandachtspunten van het instituut bepalen in belangrijke mate de inhoud van de gesprekken tijdens het auditbezoek. Ook is er een landelijk gezamenlijk onderwerp dat aan de orde komt.

## Auditgesprekken

Het auditbezoek bestaat uit twee aaneengesloten dagen. Tijdens het bezoek worden per domein gesprekken gevoerd met aios, opleiders, management en andere betrokkenen. Aan het einde van het auditbezoek geeft het auditteam een voorlopige mondelinge terugkoppeling van haar bevindingen.

De schriftelijke terugkoppeling van het auditteam wordt, vóór vaststelling, ter lezing voorgelegd aan de kwaliteitscoördinator van het instituut. Doel is om hiermee eventuele onjuistheden of onvolkomenheden in het concept-rapport te kunnen rechtzetten.

## Praktische handleiding

Ter voorbereiding op de auditbezoeken bij de instituten is de 'Praktische handleiding GEAR-Auditronde 2026 - 2027' digitaal beschikbaar op de website van Huisartsopleiding Nederland.

## Rapport GEAR 2022 en evaluatie

Nadat alle auditbezoeken zijn geweest, maken de voorzitter en secretaris van het auditteam een overkoepelend rapport over het geheel van bevindingen vanuit de auditbezoeken. Hier volgen verbeterpunten uit die landelijk opgepakt kunnen worden. Nadat dit rapport is vastgesteld wordt de auditronde besloten met een evaluatie door alle kwaliteitscoördinatoren van de verschillende instituten.

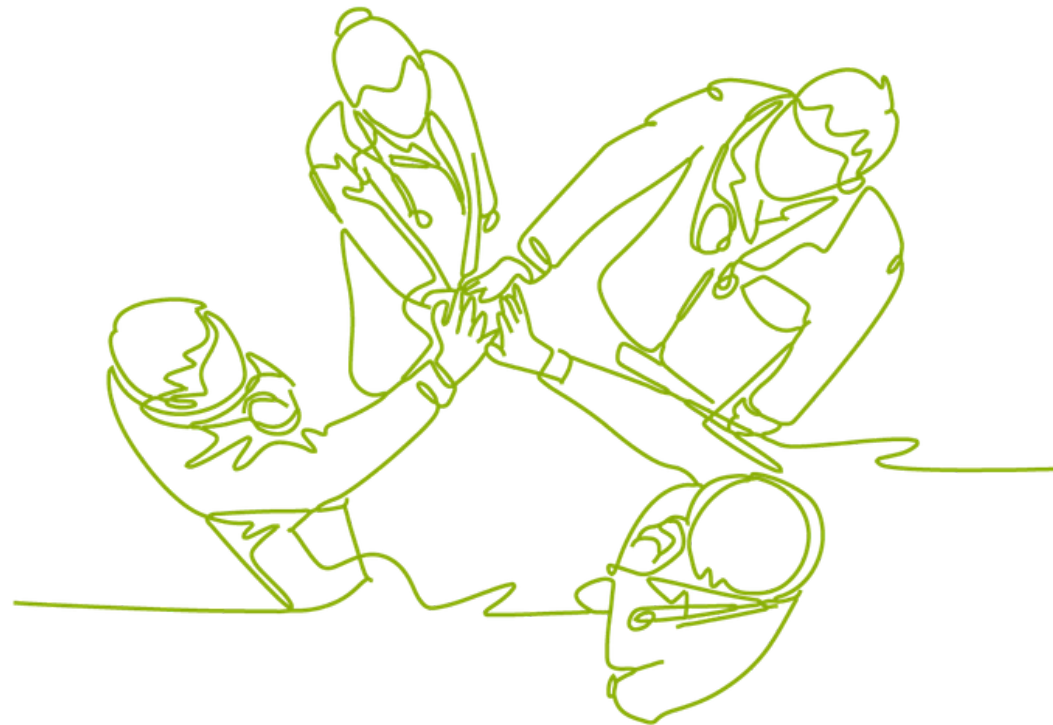
## GEAR en het eigen kwaliteitssysteem

De GEAR-domeinen zijn naast een landelijk kwaliteitsinstrument ook het gezamenlijk kwaliteitskader voor de opleidingen tot huisarts. Het GEAR kwaliteitskader beschrijft de domeinen en legt de relatie met het Kaderbesluit CGS (2019) en het Kwaliteitskader cluster 1 (2019).

Daarnaast zijn er landelijke kwaliteitsafspraken en kaders, gebaseerd op de gezamenlijke besluiten van de (afdelings)hoofden van de huisartsopleidingen. Het betreft onder andere:

- [Landelijk Opleidingsplan](#). Huisartsopleiding Nederland, 2024.
- [Kaderbesluit voor de opleidingen](#). CGS, 2019.
- [Kwaliteitskader cluster 1](#). CGS, 2019.
- [Beleidsregels](#).
- [Besluit Huisartsgeneeskunde](#). CGS, 2024.
- [Competentieprofiel van de huisarts](#). Huisartsopleiding Nederland, 2023.
- [Competentieprofiel van de docent](#). Huisartsopleiding Nederland, 2025.
- [Competentieprofiel van de opleider](#). Huisartsopleiding Nederland, 2025.
- [Landelijk Plan scholing en toetsing Huisartsopleiders](#). Huisartsopleiding Nederland, 2022.
- [Landelijk Toetsplan](#). Huisartsopleiding Nederland, 2024.
- [Strategische Samenwerkingsagenda 2024-2027](#).

Elke opleiding heeft een kwaliteitssysteem met lokale kwaliteitsafspraken, rekening houdend met bovengenoemde landelijke kaders. Het toepassen van alle kaders helpt bij het realiseren van een effectieve interne kwaliteitscyclus.



Met de GEAR worden de instituten gestimuleerd systematisch aan verbetering te werken en actief gebruik te maken van elkaars expertise en beschikbare good practices. Deelname aan de GEAR wordt niet als vervanging gezien voor een eigen kwaliteitsbeleid en -systeem. De instituten blijven zelf verantwoordelijk voor het werken aan de kwaliteit van hun opleiding en de prioriteiten die ze hierin kiezen.

De GEAR spitst zich toe op een ondersteunende check en het leveren van een kader op grond waarvan spiegelinformatie verkregen kan worden door (zelf-)evaluatie en een audit. De resultaten van de GEAR kunnen onder andere worden gebruikt als input bij de evaluatie door de RGS.

### Verbeteren en uitwisselen

De hoofden, kwaliteitscoördinatoren en programmamanager Kwaliteit gebruiken de rapporten van de instituten en de Totaalrapportage GEAR 2026-2027 om landelijke aandachtspunten voor de volgende periode vast te stellen. Bij deze aandachtspunten werken de instituten samen aan verbetering van de huisartsopleiding.

Daarnaast werken de instituten ook aan lokale verbeter- en ontwikkelplannen en biedt de GEAR-systematiek een platform voor het uitwisselen van goede praktijkvoorbeelden.



## Waarderend auditen

Voor de uitvoering van de audits in deze GEAR-auditronde gebruiken we de methode waarderend auditen. Met deze methode stimuleren we de ontwikkeling en het delen van goede praktijkvoorbeelden binnen en tussen instituten. De nadruk ligt niet op het 'afvinken' van punten, maar juist op het onderzoeken van wat werkt en waarom. De methode sluit daarom goed aan bij het doel van GEAR: analyse als basis voor verbetering.

De aanpak is gebaseerd op de theorie van Appreciative Inquiry, waarbij niet de problemen, maar juist de sterke kanten en successen van een organisatie centraal staan. Tijdens de audits worden positieve, onderzoekende vragen gesteld om te achterhalen wat goed werkt: wat gebeurde er toen, wat leverde het op en welke rol speelde eenieder? Wat geeft energie, wat werkt goed en hoe kunnen we daar meer van doen? Tegelijkertijd wordt er expliciet ruimte geboden voor het bespreken van kwetsbaarheden en verbeterpunten. Hierdoor ontstaat een evenwichtig beeld dat uitnodigt tot openheid, gezamenlijke reflectie en concrete verbeteracties. Het delen van ervaringen – ook als iets minder goed is gegaan – en het leren van elkaar staan hierbij centraal. Waarderend auditen draagt zo bij aan een cultuur van vertrouwen, groei en continue kwaliteitsverbetering.



## HOOFDSTUK 2

# Terugblik op GEAR Auditronde 2022

In het 'Verslag auditronde 2022' hebben de voorzitter en secretaris, als vaste leden van de auditteams, een totaaloverzicht gemaakt van de uitkomsten. Als aandachtspunten en aanbevelingen van het auditteam zijn per domein de volgende zaken geformuleerd:

### Domein 1: Visie & kwaliteitsbeleid

Er zijn tussen de instituten behoorlijke verschillen zichtbaar in missie, visie en organisatieontwerp. Mede omdat er sprake is van één landelijk opleidingsplan, is het van belang dat de instituten en Huisartsopleiding Nederland aandacht besteden aan het thema 'verscheidenheid én gemeenschappelijkheid' ten gunste van de onderlinge samenwerking, het van elkaar leren en de kwaliteit van het onderwijs.

Het auditteam adviseert het genoemde thema samen nader uit te werken en daarbij specifieke aandacht te besteden aan de behoefte aan een praktische vertaling van de visie naar het dagelijkse handelen van aios, (stage)opleider en docent.

Basis voor goede samenwerking en gezamenlijk werken aan verbeteren is een gedeeld idioom. In deze auditronde is het opgevallen dat de interpretatie van en de betekenis die aan begrippen wordt toegekend, zowel binnen de instituten als tussen de instituten (sterk) verschilt. Enkele begrippen waarvoor dit van toepassing is, zijn: 'aios in the lead', 'zelfsturing' 'onderwijs op maat' en 'individualisering'.

Het auditteam adviseert tot gemeenschappelijke duiding van de begrippen te komen. Met ook hier specifieke aandacht voor de vertaling naar het handelen van de aios, opleider en docent en welke impact dat vervolgens heeft op de organisatie, de onderwijsprogramma's, de opleidingspraktijk, de toetsing en de professionalisering van betrokkenen.

In vergelijking met de vorige GEAR-auditronde zijn beleidscyclus, organisatie van processen en projecten in het algemeen verder geprofessionaliseerd. Het consequent toepassen van een volledige Plan-Do-Check-Act-cyclus op alle activiteiten en op alle niveaus is echter nog niet vanzelfsprekend.

Er is met name focus op de PDCA-cyclus van de diverse activiteiten afzonderlijk, maar het ontbreekt bij sommige instituten aan een periodieke evaluatie van het gehele opleidingsbeleid, in samenhang met de visie. Het auditteam adviseert te onderzoeken hoe consequente toepassing van de PDCA-cyclus verder kan worden geborgd.

Aandachtspunt bij visie- en beleidsontwikkeling in algemene zin is de borging van de inbreng van alle betrokkenen en het gebruik van alle beschikbare feedback- en evaluatiegegevens. Daarbij dient ook aandacht te worden besteed aan de terugkoppeling van wat er met de feedback gedaan is.

### Domein 2: Curriculum

Bij alle instituten is er grote aandacht voor thema's zoals 'maatschappelijk handelen', 'de huisarts als persoon' en 'evidence based medicine'. Alhoewel deze thema's duidelijk herkenbaar zijn voor de betrokkenen, ervaren zowel aios, als docenten, opleiders en stageopleiders een gebrek aan een goed overzicht van het gehele curriculum. Ook het beeld van de eindtermen, inclusief de normen voor voldoende of onvoldoende, is niet voor iedereen helder en eenduidig. Eén van de gevolgen is dat docenten én aios spanning ervaren tussen zelf regie nemen in het leerproces en een solide basis willen geven met behulp van een strak onderwijsprogramma. Opleiders lijken er meer intuïtief mee om te gaan.

Het auditteam adviseert verder te investeren in het communiceren over de opbouw van het curriculum, de kaders, de verwachtingen, het gewenste gedrag en de resultaten.

Wat betreft onderwijsontwikkelingen geven docenten in het algemeen aan dat het hen vaak aan tijd en/of expertise ontbreekt om de gewenste onderwijsontwikkeling te realiseren. In sommige gevallen is ook het proces van onderwijsontwikkeling met wie waarvoor verantwoordelijk is, niet duidelijk. Het auditteam adviseert om, samen met de docenten, het proces en de benodigde capaciteit nader te evalueren.

### Domein 3: Leeromgeving

Zowel opleiders als stageopleiders hechten grote waarde aan een stevige, positief-kritische kwaliteitscyclus vanuit de instituten, die hen ondersteunt in hun eigen leer- en ontwikkelproces.

De cyclus voor de opleiders is daarbij verder uitgewerkt dan de cyclus voor de stageopleiders. Zo zouden ook stageopleiders regelmatig bezocht willen worden. Net als aios, zouden opleiders en stageopleiders eenduidige kwaliteitseisen voor hun eigen rol willen hebben.



Het auditteam adviseert om de cyclus voor de opleiders door te ontwikkelen, met meer aandacht voor de ontwikkeling door de jaren heen, en om de cyclus voor de stageopleiders op vergelijkbaar niveau te brengen.

Een aantal instituten heeft inmiddels ervaring opgedaan met 'regionaal opleiden' met als positieve ervaring dat zo'n project zorgt voor verbinding met de regio en voor het competent voelen om als huisarts in de regio te blijven. Bij de instituten is behoefte aan landelijke uitwisseling over dit thema.

Een voorbeeld van onduidelijkheid van het curriculum zijn de problemen die aios ondervinden met de keuzestages. Aios willen keuzestages die passen bij hun leerbehoefte en verwachten meer begeleiding bij het regelen van een keuzestage. De mogelijkheden daarvoor - passend binnen de RGS-eisen - lijken volgens de aios niet altijd bekend bij het instituut.

#### **Domein 4: Beoordeling & besluitvorming**

Bij alle instituten hebben zowel aios, huisartsopleiders als stageopleiders aangegeven dat de bij de niveaubepaling gebruikte normen onvoldoende duidelijk zijn; op welk niveau de aios op welk moment geacht wordt te zijn, vormt een grijs gebied.

De instituten hebben het 'programmatisch toetsen' omarmd, maar zijn nog zoekende naar de praktische invulling en implementatie hiervan. Genoemd worden onder andere de onduidelijkheden en knelpunten van het e-portfolio. Daarnaast gaan niet alle instituten, docenten, opleiders en stageopleiders op dezelfde manier om met toetsen. De definitie van toetsen - educatief toetsen, selectief toetsen, geven van narratieve feedback en het hanteren van toetsprincipes zoals niveau bepalen - kan sterk verschillen per docent of opleider. Het auditteam adviseert om meer duidelijkheid te geven over de aard van de instrumenten waarmee gewerkt wordt en over de normering.

Duidelijkheid van normen en eenduidig idioom kan het vroegtijdig herkennen en benoemen van opleidingsproblemen sterk ondersteunen. Een veilige opleidingsomgeving is daarvoor een randvoorwaarde; het 'driegesprek' wordt in dat kader als zeer waardevol ervaren. Ontkoppeling zou in daarbij als zinvol instrument ook meer genormaliseerd kunnen worden. Het auditteam adviseert om agendering van het onderwerp 'veilig opleiden' prominent te houden.

#### **Domein 5: Organisatie, management & medewerkers**

Zoals eerder aangegeven zijn alle organisaties sinds de vorige auditronde verder geprofessionaliseerd.

De cultuur binnen de instituten wordt door vrijwel alle auditees omschreven met termen als 'prettige sfeer', 'familie', 'verbondenheid', 'collegialiteit', 'bevlogenheid' en 'warm bad'. Als keerzijde wordt genoemd dat het als lastig wordt ervaren elkaar aan te spreken, of om kritisch naar elkaar toe te zijn. Ook wordt meermaals aangegeven dat de werkdruk als hoog wordt ervaren. Als mogelijke oorzaak van de werkdruk wordt onder andere het ontbreken van heldere prioriteiten genoemd. Ook de meermaals benoemde onduidelijkheid betreffende de verdeling van taken, verantwoordelijkheden en bevoegdheden speelt een rol. Medewerkers geven aan behoefte te hebben aan duidelijke communicatie; management geeft aan soms te zoeken naar effectieve middelen hiervoor. Het auditteam adviseert om nader te onderzoeken hoe de communicatie over processen, taken, verantwoordelijkheden, bevoegdheden en beleidskeuzes die tot prioriteitstelling leiden, verder verbeterd kan worden. Een combinatie van een lokale en landelijke aanpak ligt hierbij wellicht voor de hand.

De werving van nieuwe huisartsdocenten wordt door meerdere instituten als knelpunt ervaren. Een meer landelijke aanpak wordt door de instituten wenselijk geacht.

#### **Algemene aanbeveling**

Het doel van de GEAR is om samen met het auditteam te komen tot een analyse van de opleiding als basis voor verbetering. Met GEAR willen de opleidingen de kwaliteit van de opleidingen en de samenwerking bevorderen. Soms bleek bij bezoeken aan de instituten dat er verschillende behoeften zijn die niet allemaal bij het genoemde doel passen. Het ging om de behoefte om direct te sparren met het auditteam of om eigen 'parels' te etaleren of om juist informatie op te halen over werkwijzen van andere instituten of directe adviezen van het auditteam te verkrijgen.



Het auditteam adviseert om, in aanloop naar de volgende GEAR-auditronde, doel en werkwijze te evalueren en nader te bepalen. Hierbij wordt afstemming, en waar mogelijk gedeeltelijke integratie, van de instrumenten audit, visitatie en enquêtes sterk aanbevolen teneinde de ervaren 'evaluatie-druk' voor instituten te verlagen.

De auditronde uit 2022 is uitvoerig geëvalueerd met de betrokkenen uit de instituten en de leden van het auditteam. In het genoemde 'Verslag auditronde 2022' is hierover ook gerapporteerd.

Net als in de voorgaande auditronde (2022) is gekozen voor een waarderende aanpak. Het auditteam heeft ervaren dat waarderend auditen en het centraal stellen van de zelfevaluatie en reflectie van het instituut veel oplevert. De werkwijze zal bij deze auditronde worden voortgezet.

Verder waren de belangrijkste bevindingen als volgt:

- De voorbereiding door zowel instituten als auditteam werd als goed ervaren.
- De openheid verschilde sterk per instituut: sommige deelden ook worstelingen, andere vooral successen.
- Door de hoeveelheid onderwerpen was er minder ruimte voor verdieping.
- Zelfevaluaties sloten soms niet aan bij wat gesprekspartners herkenden, wat vragen oproept over draagvlak.
- De doelen en verwachtingen van GEAR bleken niet altijd duidelijk voor alle betrokkenen.

Tips die auditees en auditoren noemden zijn:

- Meer uitleg vooraf over werkwijze en doel van de GEAR-auditronde.
- Minder brede bespreeklijsten, meer focus op kerndomeinen.
- Ruimere planning en minder clustering met RGS-visitatie.
- Overwegen van landelijke speerpunten, meer tijd voor gesprekken en betere afstemming tussen GEAR en RGS.

De conclusie die we hieruit kunnen trekken, is dat de audit waardevolle verbinding, inspiratie en verbeterpunten heeft opgeleverd, maar wel vraagt om verduidelijking van doel en werkwijze, meer focus en betere afstemming om toekomstige rondes effectiever te maken. Dit hebben we getracht om voor de komende auditronde zo goed als mogelijk te doen.

## Domeinen GEAR



## Domeinen GEAR

In voorbereiding op de auditronde 2026-2027 zijn de domeinen inhoudelijk geactualiseerd. In lijn met het advies uit de vorige auditronde is overlap in indicatoren en steunvragen zoveel mogelijk beperkt en zijn niet-realistische en overbodige indicatoren verwijderd. Daarnaast sluiten de indicatoren en steunvragen aan bij het vernieuwde Landelijk Opleidingsplan (LOP 2024).

Tijdens de auditronde staan de volgende domeinen centraal:

Domein	Thema
Domein 1: Visie & kwaliteitsbeleid	1.1 Missie en visie 1.2 Systematiek kwaliteitsbeleid 1.3 Systematiek verbeterprojecten
Domein 2: Curriculum	2.1 Inhoud en opbouw van het curriculum 2.2 Opleidingsactiviteiten 2.3 Zelfsturing in de opleiding 2.4 Kwaliteitsbewaking van het curriculum
Domein 3: Leeromgeving	3.1 Leermogelijkheden en begeleiding door de huisartsopleider in de opleidingspraktijk 3.2 Kwaliteitsbewaking en ontwikkeling van huisartsopleiders 3.3 Leermogelijkheden en begeleiding door de stageopleider in de stage-instelling 3.4 Kwaliteitsbewaking en (didactische) ontwikkeling van stageopleiders 3.5 Leermogelijkheden en begeleiding bij het dienstdoen op de post 3.6 Kwaliteitsbewaking van en communicatie met de huisartsenpost
Domein 4: Beoordeling & besluitvorming	4.1 Proces beoordeling en besluitvorming 4.2 Taak en kwaliteitsbewaking beoordelaars
Domein 5: Organisatie, management & medewerkers	5.1 Inrichting van de organisatie 5.2 Management 5.3 Medewerkers 5.4 Cultuur en gedrag

Elk domein is opgebouwd uit thema's. Na een korte toelichting zijn per thema één of meerdere indicatoren benoemd, in de vorm van een stelling. Het instituut geeft op een vijfpuntsschaal aan in welke mate de stelling van toepassing is op de eigen situatie.

Ter ondersteuning worden steeds één of meerdere aandachtspunten genoemd die meegenomen kunnen worden bij de score op de betreffende indicator. Waar van toepassing, en indien beschikbaar, worden ook resultaten van de NIVEL-enquête weergegeven als extra informatie bij het scoren van de indicatoren in de zelfevaluatie.

Na het scoren van de indicatoren geeft het instituut een toelichtende onderbouwing per thema. Ook is het mogelijk om te verwijzen naar documentatie, die aan het auditteam ter beschikking zal worden gesteld.



## DOMEIN 1

# Visie & kwaliteitsbeleid

### Inleiding

In dit domein staat de richting van de opleiding centraal. Wat is onze missie: waar gaan we heen en waarom? De missie beschrijft het bestaansrecht van een opleiding en sluit logischerwijze aan bij de landelijke missie: *“Huisartsopleiding Nederland staat voor het samen opleiden van vakbekwame, veerkrachtige en toekomstgerichte huisartsen voor iedereen.”*

De visie geeft hier invulling aan, beschrijft hoe een opleiding zich wil ontwikkelen en geeft een beeld van de toekomst. Bij het bepalen van een visie wordt rekening gehouden met het perspectief van de aios, regelgeving, actuele ontwikkelingen in het werkveld, wensen en verwachtingen van belanghebbenden en eigen ambities.

Het kwaliteitsbeleid is een vertaling van de missie en visie naar concrete doelstellingen om daarmee het continu verbeteren in de opleiding te borgen. Het helpt de opleiding om onderwijs van hoge kwaliteit te leveren en bevordert de effectiviteit. Onderdeel van het kwaliteitsbeleid is het monitoren van de koers van de opleiding en de uitvoering van deze koers, zoals deze door het management van het instituut is bepaald en vastgelegd. De uitwerking en inrichting van de organisatie en bedrijfsvoering is onderdeel van domein 5 ‘Organisatie, management & medewerkers’.

### Inhoud en afbakening

De inhoud van het domein Visie & kwaliteitsbeleid is opgedeeld in drie thema’s.

Thema's Visie & kwaliteitsbeleid	
1.1	Missie en visie
1.2	Systematiek kwaliteitsbeleid
1.3	Systematiek verbeterprojecten



Zoals hierboven beschreven is het borgen en bevorderen van de kwaliteit van de medewerkers (inclusief het management) geen onderdeel van het domein 'Visie & kwaliteitsbeleid'. Deze aspecten zijn opgenomen in domein 5, 'Organisatie, management & medewerkers'.

## Gehanteerde definities

### Kwaliteit

Mate waarin een geheel van eigenschappen en kenmerken (i.c. de huisartsopleiding) voldoet aan gestelde eisen en vanzelfsprekende verwachtingen.

### Kwaliteitsbeleid

Het kwaliteitsbeleid is de koers van de opleiding met betrekking tot kwaliteit, zoals deze door het management van de opleiding is bepaald.

### Kwaliteitssysteem

Organisatorische structuur, bevoegdheden, verantwoordelijkheden, taken, procedures, processen en de voorzieningen nodig voor de uitvoering van het kwaliteitsbeleid en het bereiken van de vastgestelde kwaliteitsdoelstellingen.

## Thema 1.1 Missie en Visie

### Missie

Het hebben van een missie en visie is onontbeerlijk voor een doelmatige ontwikkeling van de organisatie en het systematisch werken aan en bereiken van organisatiedoelen op middellange en lange termijn. De missies van de zeven huisartsopleidingen zullen naar verwachting inhoudelijk weinig afwijken. Wel zijn er verschillen te verwachten bij de wijze waarop aan de missie invulling zal worden gegeven.

### Visie

De ambities van een instituut zijn verwoord in de visie. Het beschrijft wat een instituut wil bereiken op de langere termijn en beantwoordt de vraag hoe het instituut zich aanpast aan en vooruitloopt op de veranderende omgeving. De visie betreft niet alleen het onderwijs, maar ook de wijze van organiseren, en daarmee de ambities van de opleiding als geheel. Een goede visie laat zien waar het instituut voor staat en hoe de opleiding aansluit bij zowel de landelijke akkoorden (zoals het Integraal Zorgakkoord [IZA] en Gezond en Actief Leven Akkoord [GALA]), maatschappelijke ontwikkelingen als de toekomstvisie van de beroepsgroep opgesteld door het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG) en de Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV).

Een heldere visie helpt om prioriteiten te stellen tussen verschillende organisatiedoelen. Een zodanige visie faciliteert daarmee het nemen van consistente (beleids-)beslissingen en helpt het instituut te beschermen tegen te veel ad hoc beleid. Consistent beleid, en uitvoering daarvan, is een belangrijk kenmerk van een succesvolle organisatie.

Door de visie actief uit te dragen, kan deze betrokkenen inspireren en motiveren om de organisatiedoelen van de opleiding mee te helpen realiseren. De visie is richtinggevend en daaraan kunnen acties binnen de organisatie inhoudelijk worden getoetst. Ook bij de audit zou gerefereerd kunnen worden aan de visie. De vastgelegde visie is een belangrijke basis voor de interne kwaliteitscyclus.



Indicatoren	Steunvragen
1.1.1 Het instituut draagt er zorg voor dat er een actuele en breed gedragen missie en visie op de opleiding is, die aansluit bij de landelijke missie en strategie.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Is de visie actueel (niet ouder dan 5 jaar)?</li> <li>• In hoeverre zijn de strategische samenwerkingsagenda van Huisartsopleiding Nederland, het Landelijk Opleidingsplan (2024), en andere interne en externe (maatschappelijke) ontwikkelingen meegenomen in de visie?</li> <li>• In hoeverre zijn belanghebbenden betrokken bij de ontwikkeling en implementatie van de missie en visie?</li> </ul>
1.1.2 De visie is leidend voor organisatiedoelen, beleid en management.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hoe wordt ervoor gezorgd dat de visie wordt vertaald naar de doelstellingen van het instituut?</li> <li>• Op welke manier is de visie zichtbaar in het beleid van het instituut?</li> </ul>



## Thema 1.2 Systematiek kwaliteitsbeleid

De visie wordt vertaald in concrete en meetbare organisatiedoelstellingen en daarnaast in kwaliteitsdoelstellingen die worden vastgelegd in het kwaliteitsbeleid. Voor iedere doelstelling wordt een strategie – de manier waarop het instituut de doelstelling wil bereiken – bepaald. In het algemeen zijn de beschikbare middelen voor verbetering en ontwikkeling binnen een instituut beperkt. Van belang is daarom tot een goede agenda voor de gewenste verbeteringen te komen en tot een bijbehorende prioriteitenstelling.

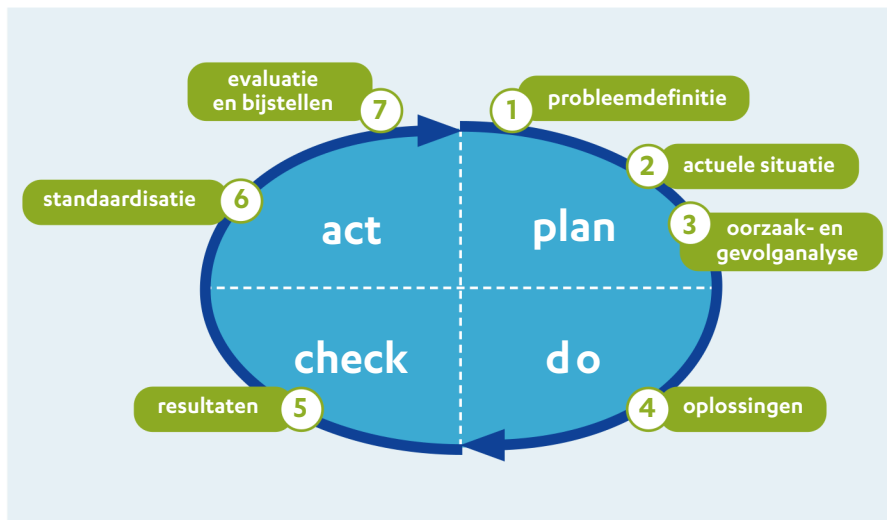
In het kwaliteitsbeleid wordt vastgelegd hoe de kwaliteit van alle belangrijke processen in de organisatie wordt geborgd. Een veelgebruikte systematiek voor het kwaliteitsbeleid is de PDCA-cyclus van Deming (Deming, 1950). PDCA staat voor Plan, Do, Check, Act. De kwaliteitscirkel wordt toegepast om de effectiviteit van processen te bevorderen, waaronder het besturingsproces van de organisatie. Voor de GEAR is gekozen voor de PDCA-cyclus als onderliggend model.

Het is voor de kwaliteit van de opleiding van belang om ernaar te streven dat iedereen, als vanzelfsprekend, gericht is op verbetering van de kwaliteit. Dit onder andere door aios, opleiders en medewerkers bekend te maken met en te betrekken bij de ontwikkeling van het (kwaliteits)beleid én ze medeverantwoordelijk te maken voor de uitwerking van de organisatiedoelen.

Indicatoren	Steunvragen
1.2 Het instituut werkt systematisch aan kwaliteit.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Welk perspectief op kwaliteit hanteert het instituut en in hoeverre is dit bekend bij belanghebbenden?</li> <li>• Hoe is het kwaliteitsbeleid in de organisatie verankerd?</li> <li>• Hoe is het kwaliteitsbeleid binnen processen verankerd?</li> <li>• Hoe wordt de effectiviteit van het kwaliteitsbeleid gemeten en hoe wordt daarop geacteerd?</li> <li>• Hoe worden de verschillende interne en externe belanghebbenden betrokken bij en geïnformeerd over het kwaliteitsbeleid?</li> </ul>

## Thema 1.3 Systematiek verbeterprojecten

Een belangrijk onderdeel van het kwaliteitsbeleid is de uitvoering van verbeterprojecten. Het systematisch gebruik van de eerdergenoemde PDCA-cirkel, zoals in figuur 4 weergegeven, is ondersteunend bij de bewaking van de realisatie van verbeterprojecten en (kwaliteits)plannen. Een hulpmiddel om het gebruik van de kwaliteitscirkel te bevorderen is het opstellen van ontwikkel- en verbeterplannen volgens het DART (Doel, Actie, Resultaat, Tijdslijn) en/of SMART format (Specifiek, Meetbaar, Acceptabel, Realistisch en Tijdgebonden). Deze formats ondersteunen bij het formuleren van concrete en realistische plannen.



FIGUUR 4: DEMING-CIRKEL (PDCA)

Indicatoren	Steunvragen
1.3 Het instituut bewaakt dat verbeterprojecten de volledige kwaliteitscirkel doorlopen.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Op welke wijze wordt kwaliteitsborging op projectniveau gestimuleerd en verzekerd?</li> <li>Hoe worden verbeterplannen geprioriteerd?</li> <li>Hoe wordt de voortgang van verbeterprojecten gemonitord?</li> <li>Hoe wordt ervoor gezorgd dat de resultaten worden geïmplementeerd/geborgd?</li> <li>Hoe zijn de taken en verantwoordelijkheden voor de verbeterprojecten belegd?</li> </ul>

## DOMEIN 2

# Curriculum

### Inleiding

De huisarts in opleiding leert vooral in de dagelijkse praktijk. Het opleidingsinstituut ondersteunt dit leren met een goed onderbouwd curriculum. Het curriculum omvat alle opleidingsactiviteiten die aan de aios worden aangeboden om de opleidingsdoelen van de huisartsopleiding te bereiken. Met de drie doeldomeinen kwalificatie (verwerven van competenties), socialisatie (onderdeel worden van de beroepsgroep) en subjectificatie (autonomie, verantwoordelijkheid en eigen identiteit) (Biesta, 2020) wordt gestreefd naar een opleiding waar de aios een balans ervaart tussen enerzijds heldere kaders en anderzijds voldoende ruimte om op een eigen manier een verantwoordelijk lid van de beroepsgroep te worden. Dit 'Verantwoord vertrouwen' is het motto en het kompas van het Landelijk Opleidingsplan (2024) en de onderbouwing van de uitgangspunten ervan. Aan het einde van de opleiding hebben aios, binnen de kaders, een onderling gelijkwaardige opleiding genoten.

### Inhoud en afbakening

De inhoud van het domein curriculum is onderverdeeld in vier thema's en zes indicatoren.

Thema's Curriculum	
2.1	Inhoud en opbouw van het curriculum
2.2	Opleidingsactiviteiten
2.3	Zelfsturing in de opleiding
2.4	Kwaliteitsbewaking van het curriculum



## Landelijke kaders en overige bronnen

- **Landelijk Opleidingsplan.** Huisartsopleiding Nederland, 2024.
- **Kaderbesluit voor de opleidingen.** CGS, 2019.
- **Competentieprofiel van de huisarts.** Huisartsopleiding Nederland, 2023.
- **Brochure thema's en KBA's** Huisartsopleiding Nederland, 2016 (2025 - 2026: in revisie).

## Thema 2.1 Inhoud en opbouw van het curriculum

Aios worden opgeleid tot huisartsen die aan het einde van hun opleiding voldoen aan het landelijk opgestelde competentieprofiel van de huisarts (2023) dat aansluit op de kernwaarden en kerntaken van de huisartsenzorg. De aios verwerft de competenties van de huisarts aan de hand van tien opleidingsthema's met onderliggende Kenmerkende Beroepsactiviteiten (KBA's). Op basis van het competentieprofiel, het Landelijk Opleidingsplan en de kaderdocumenten van de beroepsgroep neemt het instituut gefundeerde beslissingen over welke specifieke inhoud wel en niet in het curriculum van de terugkomdagen wordt opgenomen. Hierbij wordt aangesloten bij zo recent mogelijke wetenschappelijke inzichten, ontwikkelingen in de zorg(technologie) en maatschappij. Concepten als Evidence Based Medicine en Shared Decision Making kunnen hierbij integraal in het curriculum worden verwerkt om de vertaalslag naar en in de praktijk te kunnen maken.

Bij de opbouw van het curriculum wordt rekening gehouden met de (voor)ervaringen en ontwikkelingen van aios gedurende de opleiding. Dit kan zichtbaar worden in de opbouw van complexiteit van leeractiviteiten en bij de invulling die wordt gegeven aan begeleiding van aios. Het instituut realiseert zo een curriculum dat iedere aios in staat stelt om aan het eind van de opleiding daadwerkelijk aan de eindkwalificaties te voldoen, zich daarna te kunnen blijven ontwikkelen binnen de beroepsgroep én richting te kunnen geven aan de continue doorontwikkeling van hun vak bij veranderingen in de zorg en maatschappij.

Indicatoren	Steunvragen
<p><b>2.1.1</b> De inhoud van het curriculum wordt actueel gehouden aan de hand van landelijke kaders.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hoe sluit het curriculum aan bij de uitgangspunten en inhoudelijke onderwerpen van het Landelijk Opleidingsplan (2024)?</li> <li>• Hoe wordt het curriculum actueel gehouden aan de hand van het Competentieprofiel van de huisarts (2023)?</li> <li>• Hoe worden de landelijke thema's en kenmerkende beroepsactiviteiten in het curriculum verwerkt?</li> </ul>
<p><b>2.1.2</b> De samenhang en opbouw van het curriculum is passend bij de ervaringen en ontwikkelingen die de aios gedurende de opleiding doormaken.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hoe is de opbouw in complexiteit gedurende de opleiding?</li> <li>• Hoe wordt ervoor gezorgd dat leeractiviteiten passend zijn bij de fase van de opleiding?</li> <li>• Hoe wordt ervoor gezorgd dat de begeleiding passend is bij de (ontwikkel)behoefte van de aios?</li> <li>• Welke aandacht is er voor de drie doeldomeinen kwalificatie, socialisatie en subjectificatie bij de invulling van het curriculum?</li> </ul>
<p><b>2.1.3</b> Het curriculum wordt op een onderwijskundig en wetenschappelijk onderbouwde manier vormgegeven.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hoe wordt ervoor gezorgd dat het curriculum wordt vormgegeven op zo recent mogelijke onderwijskundige uitgangspunten en/of innovaties? Denk bijvoorbeeld aan onderzoek van onderwijs binnen de huisartsopleidingen.</li> <li>• Hoe wordt de inhoud van het curriculum in lijn gebracht met recente wetenschappelijke inzichten en ontwikkelingen in de zorg en maatschappij?</li> <li>• Hoe wordt ervoor gezorgd dat EBM een integraal onderdeel van het curriculum is?</li> </ul>

## Thema 2.2 Opleidingsactiviteiten

Opleidingsactiviteiten zijn alle activiteiten die programmatisch aan de aios worden aangeboden om de eindkwalificaties van de huisartsopleiding te kunnen bereiken. Het curriculum omvat opleidingsactiviteiten op het instituut (cursorisch onderwijs, toetsing) en in de opleidingspraktijk (praktijkopdrachten, leergesprekken, toetsing, deelname aan samenwerkingsverbanden). De opleiding verzorgt de opleidingsactiviteiten op het instituut en geeft sturing en ondersteuning aan de aios en (stage)opleider bij opleidingsactiviteiten in de praktijk.

Opleidingsactiviteiten worden doelmatig en onderwijskundig onderbouwd gekozen en vormgegeven, gebaseerd op de beoogde opleidingsdoelen (kwalificatie, socialisatie en subjectificatie) en de context waarin geleerd wordt (opleidingspraktijk, stage, huisartsenpost, regionaal netwerk, instituut, zelfstudie). Waar nodig worden de onderwijsdoelen en inhoud geactualiseerd zodat de opleiding de aios optimaal voorbereidt in de volle breedte van het vak. Ook relevante onderwijskundige inzichten en ontwikkelingen worden bijgehouden en praktisch vertaald naar de opleiding (Evidence Based Education).

N.B. Eén van de opleidingsactiviteiten binnen de huisartsopleiding is toetsing. Deze opleidingsactiviteit wordt nader uitgewerkt in domein 4 'Beoordeling & Besluitvorming'.

Indicatoren	Steunvragen
2.2 Opleidingsactiviteiten passen bij de beoogde onderwijsdoelen en zijn gebaseerd op gefundeerde besluiten.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Hoe zijn opleidingsactiviteiten aangepast om aan te sluiten bij de uitgangspunten van het Landelijk opleidingsplan (2024)?</li> <li>Hoe wordt gezorgd voor doelmatige samenhang tussen het leren op de werkplek en cursorisch onderwijs?</li> <li>Hoe wordt op een onderwijskundig onderbouwde wijze besloten wát waar geleerd kan worden en hoe?</li> <li>Is er voldoende en doelmatige variatie tussen de verschillende opleidingsactiviteiten?</li> </ul>

## Thema 2.3 Zelfsturing in de opleiding

Zelfsturend leren is het proces van het plannen en bewust bijsturen van het leren, in dit geval tijdens de ontwikkeling tot huisarts. Met deze vaardigheden kunnen aios op basis van individuele leervragen, eerder verworven competenties en ambities doelbewust gebruik maken van de mogelijkheden die het cursorisch onderwijs en de praktijk bieden voor eigen invulling (Landelijk Opleidingsplan, 2024). Binnen het curriculum kunnen aios op verschillende manieren ondersteund worden om regie te krijgen over hun ontwikkeling en hiermee ook een leven lang leren te stimuleren.

Indicatoren	Steunvragen
2.3 De aios worden gefaciliteerd om de regie te hebben op hun eigen ontwikkelingsproces.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Hoe is het concept zelfsturend leren in de opleiding verwerkt? Hoe worden aios hierbij ondersteund?</li> <li>Hoe wordt hierbij omgegaan met of gebruik gemaakt van verschillen tussen aios (ervaring en leerbehoefte) en tussen ervaringen in opleidingspraktijken?</li> <li>Welke mogelijkheden worden geboden voor eigen invulling, passend bij de leerbehoeften, ambities en lacunes van de aios?</li> </ul>



## Thema 2.4 Kwaliteitsbewaking van het curriculum

Het instituut bewaakt de kwaliteit van het curriculum en werkt planmatig aan onderwijsverbetering en -vernieuwing. Omdat het curriculum meerdere niveaus omvat (van een enkel onderwijsprogramma tot doelmatige opbouw en samenhang van het curriculum over de opleidingsjaren heen), is het zinvol om goed in beeld te hebben hoe de kwaliteitscyclus verloopt, wie waarvoor verantwoordelijk is en hoe geborgd wordt dat evaluaties daadwerkelijk leiden tot verbeteringen.

Indicatoren	Steunvragen
2.4 Het curriculum wordt planmatig ingevuld, geëvalueerd en verbeterd.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Wie zijn verantwoordelijk voor de kwaliteitscyclus van het curriculum?</li> <li>• Hoe wordt het curriculum gemonitord (de gehele PDCA-cyclus doorlopen) zodat dit leidt tot verbeteringen waar nodig in de opleiding?</li> <li>• Hoe en wanneer wordt kort- en langcyclisch het curriculum (doelen en resultaten) geëvalueerd?</li> <li>• Hoe en wanneer worden aios, opleiders en docenten betrokken bij de uitkomsten en vervolgacties van de kwaliteitscyclus?</li> </ul>

## DOMEIN 3

# Leeromgeving

### Inleiding

De huisartsopleiding wil aios een stimulerende leeromgeving bieden die bijdraagt aan hun ontwikkeling tot toekomstbestendige huisartsen. Het is daarom van belang dat aan de uitgangspunten van het LOP praktisch en betekenisvol invulling gegeven wordt, zodat aios begeleid worden volgens deze uitgangspunten. Om dat te bereiken is het cruciaal dat opleiders zich actief onderdeel voelen van de opleidingsdriehoek (aios, opleider en docent), en dat het instituut opleiders optimaal ondersteunt bij het begeleiden van aios, ook in de vorm van opleidersprofessionalisering. Om de kwaliteit van de begeleiding te borgen is een goed lopende kwaliteitscyclus voor opleiders essentieel.

### Inhoud en afbakening

Een leeromgeving kan gezien worden als alle leerbronnen en de daaromheen georganiseerde activiteiten. Hier is leeromgeving geoperationaliseerd als de leermogelijkheden in de huisartspraktijk, de externe stages en de huisartsenpost en de begeleiding bij het leren in deze drie omgevingen, zowel door opleiders als docenten. De inhoud van het domein Leeromgeving is onderverdeeld in zeven thema's.

De opleidingsvisie in het Landelijk Opleidingsplan (LOP) is gebaseerd op de concepten 'Verantwoord Vertrouwen' en 'Zelfsturend leren bij wederzijdse zichtbaarheid'.

Bij 'Verantwoord Vertrouwen' wordt een balans gezocht tussen controle en vertrouwen. Deze benadering biedt aios ruimte voor persoonlijke en professionele ontwikkeling binnen heldere kaders, met als doel het opleiden van gemotiveerde, vakkundige en adaptieve huisartsen. Opleiders hebben in de dagelijkse begeleiding van aios een belangrijke rol, waarbij continu moet worden gewogen waar iets meer controle en waar iets meer vertrouwen nodig is.

Zoals eerder beschreven, wordt onder ‘Zelfsturend leren’ het proces van het plannen en bewust bijsturen van het leren verstaan. Met deze vaardigheden kunnen aios op basis van individuele leervragen, eerder verworven competenties en ambities doelbewust gebruik maken van de mogelijkheden die het cursorisch onderwijs en de praktijk bieden (Landelijk Opleidingsplan, 2024). De (stage)opleider kan de aios coachen bij de zelfsturing.

Met ‘wederzijdse zichtbaarheid’ wordt bedoeld dat aios, opleiders en docenten elkaar actief observeren en bevragen in hun werkzaamheden. Dit bevordert een constructieve opleidingsrelatie waarin dialoog en feedback centraal staan, essentieel voor de professionele ontwikkeling van de aios. Zowel van de aios als van de opleider wordt verwacht zich open en leerbaar op te stellen.

Als het gaat om de kwaliteit van het domein Leeromgeving wordt er tijdens deze audit gefocust op 3 aspecten:

1. [Begeleiding door de \(stage\)opleider en de leermogelijkheden voor aios](#)
2. [Professionele ontwikkeling van \(stage\)opleiders](#)
3. [Deelname door \(stage\)opleiders aan de kwaliteitscyclus](#)

Daarnaast is er aandacht voor de bijdrage van opleiders aan een academisch leerklimaat in de praktijk en de plek hiervoor in de opleidersprofessionalisering. Met academisch leerklimaat wordt bedoeld dat de manier waarop aios ondersteund en gestimuleerd worden om op een onderbouwde manier bij te dragen aan het creëren of toepassen van nieuwe kennis, vaardigheden of zorginnovaties.

Thema's Leeromgeving	
3.1	Leermogelijkheden en begeleiding door de huisartsopleider in de huisartspraktijk
3.2	Kwaliteitsbewaking en ontwikkeling van huisartsopleiders
3.3	Leermogelijkheden en begeleiding door de stageopleider in de stage-instelling
3.4	Kwaliteitsbewaking en ontwikkeling van stageopleiders
3.5	Leermogelijkheden en begeleiding bij het dienstdoen op de post
3.6	Kwaliteitsbewaking en communicatie met de huisartsenpost

## Gehanteerde definities

### Leeromgeving

Met Leeromgeving bedoelen we de opleidingspraktijken, de externe stage-instellingen voor klinische en korte stages en de huisartsenposten.

## Thema 3.1 Leermogelijkheden en begeleiding door de huisartsopleider in de opleidingspraktijk

Huisartsopleiders spelen een belangrijke rol bij het vertalen van de uitgangspunten van het LOP naar het leren en werken in de praktijk. Zo creëren zij passende leermogelijkheden voor de aios en begeleiden hen hierbij, als onderdeel van de opleidingsdriehoek. Het instituut dient de opleiders hierbij gericht te ondersteunen.

Indicatoren	Steunvragen
3.1 Het instituut ondersteunt opleiders in het begeleiden van aios volgens de principes uit het Landelijk opleidingsplan.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hoe ondersteunt het instituut de huisartsopleiders bij het vormgeven van verantwoord vertrouwen in de opleidingspraktijk?</li> <li>• Hoe ondersteunt het instituut de huisartsopleiders bij het begeleiden bij zelfsturend leren? Krijgen zij voldoende handvatten vanuit het instituut?</li> <li>• Hoe zorgt het instituut dat huisartsopleiders zich actief onderdeel voelen van de opleidingsdriehoek?</li> <li>• Hoe stimuleert het instituut huisartsopleiders om aios te laten leren buiten de huisartspraktijk, bijvoorbeeld in het zorgnetwerk of academisch netwerk van de opleider?</li> </ul>



## Thema 3.2 Kwaliteitsbewaking en ontwikkeling van huisartsopleiders

Leren in de opleidingspraktijk maakt een groot deel uit van de opleiding van aios. Het is daarom van belang dat er zicht is op de opleiderskwaliteit en dat deze geborgd, gecheckt en waar mogelijk verbeterd wordt. Elk opleidingsinstituut heeft een kwaliteitscyclus (PDCA) voor huisartsopleiders, waarin zij actief participeren.

Daarnaast draagt het instituut bij aan de ontwikkeling van de kwaliteit van haar opleiders via een gestructureerde opleidersprofessionalisering.

Indicatoren	Steunvragen
3.2.1 Het instituut draagt zorg voor kwaliteitsbewaking van de huisartsopleiders.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Hoe geeft het instituut invulling aan de kwaliteitscyclus van de huisartsopleiders?</li> <li>Hoe worden huisartsopleiders betrokken bij de kwaliteitscyclus (participatie)?</li> </ul>
3.2.2 Het instituut draagt bij aan de professionele ontwikkeling van huisartsopleiders.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Hoe sluit de opleidersprofessionalisering aan bij de uitgangspunten van het Landelijk opleidingsplan (2024)?</li> <li>Hoe sluit opleidersprofessionalisering aan bij het Competentieprofiel huisartsopleider (2025)?</li> <li>Hoe draagt de opleidersprofessionalisering bij aan de begeleiding van aios in de praktijk?</li> <li>Welke aandacht is er in de opleidersprofessionalisering voor de bijdrage van opleiders aan een academisch leerklimaat in de praktijk?</li> </ul>

## Thema 3.3 Leermogelijkheden en begeleiding door de stageopleider in de stageinstelling

Aios volgen veelal een aanzienlijk deel van hun opleiding in stage-instellingen. Stageopleiders dienen door het instituut ondersteund te worden om de aios zoveel mogelijk op te leiden volgens de uitgangspunten van het LOP. Hierbij is het wenselijk dat ze zich actief onderdeel voelen van de opleidingsdriehoek.

Indicatoren	Steunvragen
3.3 Het instituut ondersteunt stageopleiders in het begeleiden van aios volgens de principes uit het Landelijk Opleidingsplan.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Hoe ondersteunt het instituut de stageopleiders bij het vormgeven van verantwoord vertrouwen tijdens de stages?</li> <li>Hoe ondersteunt het instituut de stageopleiders bij het begeleiden bij zelfsturend leren? Krijgen zij voldoende handvatten vanuit het instituut?</li> <li>Hoe zorgt het instituut dat stageopleiders zich actief onderdeel voelen van de opleidingsdriehoek?</li> </ul>



## Thema 3.4 Kwaliteitsbewaking en ontwikkeling van stageopleiders

De externe leerwerkperiode beslaat een derde deel van de opleiding van aios huisartsgeneeskunde. Het is daarom van belang dat er zicht is op de kwaliteit van de stageopleider en -instelling. Deze dient geborgd, gecheckt en waar mogelijk verbeterd te worden. Elk opleidingsinstituut wordt geacht een kwaliteitscyclus (PDCA) voor stageopleiders te hebben, waarin zij actief participeren. Daarnaast draagt het instituut bij aan de kwaliteit van haar stageopleiders via opleidersprofessionalisering.

Indicatoren	Steunvragen
3.4.1 Het instituut draagt zorg voor kwaliteitsbewaking van de stageopleiders.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Hoe geeft het instituut invulling aan de kwaliteitscyclus van de stageopleiders?</li> <li>Hoe worden stageopleiders betrokken bij de kwaliteitscyclus (participatie)?</li> </ul>
3.4.2 Het instituut draagt bij aan de professionele ontwikkeling van stageopleiders.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Hoe sluit professionalisering van stageopleiders aan bij de uitgangspunten van het Landelijk opleidingsplan (2024)?</li> <li>Hoe sluit professionalisering van stageopleiders aan bij de lokale opleidingscontext?</li> <li>Hoe sluit professionalisering van stageopleiders aan bij de begeleiding van aios in de praktijk?</li> <li>Welke aandacht is er in de professionalisering van stageopleiders voor hun bijdrage aan een academisch leerklimaat?</li> </ul>

## Thema 3.5 Leermogelijkheden en begeleiding bij het dienstdoen op de post

Op de huisartsenpost doet de aios zowel in het eerste als in het derde jaar minimaal twintig diensten onder begeleiding van de opleider, met als doel zelfstandig diensten te kunnen doen als consultarts, visitearts en telefoonarts. Ook in deze setting is het van belang dat opleiders en medewerkers op de post voldoende ondersteuning krijgen vanuit het instituut om aios volgens de uitgangspunten van het LOP op te leiden.

Indicatoren	Steunvragen
3.5 Opleiders en docenten begeleiden aios volgens de principes uit het Landelijk opleidingsplan bij het dienstdoen op de huisartsenpost.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Hoe ondersteunt het instituut de opleiders en medewerkers op de huisartsenpost bij het vormgeven van verantwoord vertrouwen bij het werken op de huisartsenpost?</li> <li>Hoe ondersteunt het instituut de opleiders bij het begeleiden van aios bij het zelfsturend leren op de huisartsenpost?</li> </ul>





## Thema 3.6 Kwaliteitsbewaking en communicatie met de huisartsenpost

Om een veilig leerklimaat te borgen, is een goede samenwerking en communicatie tussen instituut en post van groot belang. Het instituut draagt er mede zorg voor dat de aios leerzame activiteiten kan uitvoeren, dat de opleider hier voldoende zicht op houdt en dat de patiëntveiligheid geborgd wordt.

Indicatoren	Steunvragen
3.6 Het instituut borgt de kwaliteit van de huisartsenposten conform de Leidraad diensten (2022).	<ul style="list-style-type: none"> <li>Hoe verloopt de samenwerking tussen het instituut en de huisartsenposten?</li> <li>Hoe borgt het instituut een veilig leerklimaat en welke ondersteuning wordt geboden bij calamiteiten?</li> <li>Hoe wordt de aansluiting tussen spoedzorgonderwijs op het instituut en het leren op de huisartsenpost geborgd?</li> <li>Hoe zorgt het instituut ervoor dat er zicht is op de voortgang van de aios bij het dienstdoen op de huisartsenpost?</li> </ul>

## DOMEIN 4

# Beoordeling & besluitvorming

### Inleiding

Beoordeling en besluitvorming hebben een ontwikkelingsgerichte én normerende functie. Dit is één van de uitgangspunten van het Landelijk Opleidingsplan (2024). De beoordeling en besluitvorming is gebaseerd op de principes van programmatisch toetsen.

Programmatisch toetsen legt de nadruk op feedback en leren, waarbij de eigen ontwikkeling van de aios centraal staat. In plaats van te focussen op afzonderlijke toetsmomenten, draait het om het continu verzamelen van informatie over de voortgang en competenties van de aios.

De verzamelde informatie wordt in de eerste plaats gebruikt door de aios zelf: ter ondersteuning van het eigen leren, om zijn of haar eigen functioneren kritisch te (leren) evalueren, en om de volgende stap(pen) in de ontwikkeling te bepalen en te realiseren. Opleiders en docenten gebruiken de verzamelde informatie om de aios goed te kunnen begeleiden en op vooraf vastgestelde formele momenten te bepalen of de aios op niveau is (beoordelen). In Hoofdstuk 5 van het LOP is het protocol van beoordeling en besluitvorming uitgewerkt. Het Landelijk Toetsplan (2024) is voortgekomen uit het LOP.

### Inhoud en afbakening

Zoals in thema 2.2 aangegeven is toetsing één van de opleidingsactiviteiten binnen de huisartsopleiding. In dit domein is deze opleidingsactiviteit nader uitgewerkt.

De inhoud van domein Beoordeling & besluitvorming is onderverdeeld in twee thema's.

Thema's Beoordeling & besluitvorming	
4.1	Proces Beoordeling & besluitvorming
4.2	Taak en kwaliteitsbewaking beoordelaars



## Gehanteerde definities

De definities zijn letterlijk overgenomen uit paragraaf 3.4.1 van het LOP, 2024.

### Beoordelen

Beoordelen is het op gezette tijden doen van uitspraken over het competentieniveau en het tempo van competentieontwikkeling.

### Besluitvorming

Besluitvorming, geformuleerd als voortgangsbepaling, gaat over de voortzetting en afronding van de opleiding.

## Thema 4.1 Proces Beoordeling & besluitvorming

Transparante en zorgvuldige beoordeling en besluitvorming zijn essentieel voor de ontwikkeling van aios en de kwaliteit van de opleiding. Aios moeten kunnen vertrouwen op een helder proces waarin wordt bepaald of zij voldoende voortgang boeken in hun competentieontwikkeling. Daarbij gaat het niet alleen om de helderheid en transparantie van het proces zelf, maar ook om de waarde die bijvoorbeeld voortgangsgesprekken hebben. Goede feedback en feed forward zijn cruciaal om de opleiding van de aios doelgericht vorm te geven en bij te sturen waar nodig.

Wanneer er twijfel ontstaat over het competentieniveau van een aios of wanneer de beeldvorming onvoldoende is, moet er een duidelijk en laagdrempelig vangnet beschikbaar zijn. Dit vangnet waarborgt dat aios tijdig passende ondersteuning krijgen.

Indicatoren	Steunvragen
<p><b>4.1.1</b> Het beoordelings- en besluitvormingsproces, inclusief de rol van de personen die hierbij betrokken zijn, is voor alle belanghebbenden duidelijk.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Hoe is de visie van het Landelijk Opleidingsplan (2024) en het Landelijk Toetsplan (2024) vertaald in het Lokale Toetsplan?</li> <li>Hoe wordt ervoor gezorgd dat alle belanghebbenden weten wat het protocol beoordeling en besluitvorming inhoudt en wat het doel hiervan is?</li> <li>Hoe wordt ervoor gezorgd dat voor belanghebbenden helder is wat de gevolgen zijn als er niet aan de verplichtingen uit het toetsplan wordt voldaan?</li> <li>Welke rol hebben observatie- en toetsinstrumenten in het beoordelingsproces?</li> </ul>
<p><b>4.1.2</b> De uitvoering van het beoordelings- en besluitvormingsproces wordt planmatig geëvalueerd en verbeterd.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Hoe verloopt de kwaliteitscyclus van het protocol beoordeling en besluitvorming?</li> <li>Hoe worden de observatie- en toetsinstrumenten en hun bijdrage aan de ontwikkeling van de aios en daarmee ook aan het beoordelings- en besluitvormingsproces geëvalueerd?</li> <li>Welke inzichten uit onderzoek van onderwijs en toetsing worden bij de evaluatie en verbetering gebruikt?</li> </ul>
<p><b>4.1.3</b> Voortgangsgesprekken leveren bruikbare feedback en feed forward op, zowel voor de aios als de besluitvormer.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Hoe wordt voor een goede kwaliteit van de voortgangsgesprekken gezorgd?</li> <li>Hoe wordt in het beoordelingsproces ruimte geboden aan ontwikkelingsgerichte en onderbouwde feedback?</li> <li>Hoe wordt voor de veiligheid van alle deelnemers en hun opleidingsrelaties gezorgd?</li> <li>Hoe wordt gezorgd dat het hoofd een onderbouwde voortgangsbepaling kan nemen op basis van de voortgangsadviesen?</li> </ul>
<p><b>4.1.4</b> Bij twijfel over het competentieniveau en/of onvoldoende beeldvorming is er een inzichtelijk vangnet voor de aios, dat zorgvuldig wordt toegepast.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Hoe wordt geborgd dat docenten en opleiders twijfel over voldoende competentieontwikkeling laagdrempelig en veilig bespreekbaar maken met aios?</li> <li>Hoe wordt omgegaan met eventuele tegenstrijdigheden in de beeldvorming van de aios?</li> <li>Hoe wordt er, in het geval van een geïntensiveerd begeleidingstraject, gezorgd voor een optimale leeromgeving en transparant beoordelings- en besluitvormingsproces?</li> </ul>



## Thema 4.2 Taak en kwaliteitsbewaking beoordelaars

Kwalitatief goede beoordelingen vereisen dat opleiders en docenten de aios frequent en in verschillende situaties observeren, zodat zij een goed beeld krijgen van de ontwikkeling en het competentieniveau. Daarnaast is het essentieel dat beoordelaars beschikken over voldoende expertise om gefundeerde expertoordelen te kunnen geven en deze helder te kunnen onderbouwen. Goede feedback helpt een aios om zichzelf verder te ontwikkelen.

Indicatoren	Steunvragen
4.2.1 Opleider en docent verkrijgen op basis van veelzijdige zichtbaarheid vanuit hun eigen rol een beeld van de ontwikkeling en het niveau van de aios.	<ul style="list-style-type: none"><li>• Hoe krijgen docent en opleider zicht op de competentieontwikkeling van de aios?</li><li>• Hoe worden de instrumenten voor observatie, feedback en reflectie hierbij gebruikt?</li><li>• Hoe wordt de opleider uitgedaagd om diverse methoden en instrumenten te gebruiken om een goed beeld te krijgen van de aios?</li><li>• Hoe wordt de aios uitgedaagd om specifieke feedback op te halen ten behoeve van het inzicht in de eigen ontwikkeling?</li></ul>
4.2.2 Opleider en docent hebben voldoende expertise om een expertoordeel inclusief onderbouwing te geven.	<ul style="list-style-type: none"><li>• Hoe wordt geborgd dat beoordelaars beoordelen vanuit hun specifieke rol en taak en alléén daarover oordelen waarover geoordeeld kan en moet worden?</li><li>• Hoe wordt geborgd dat beoordelaars hierbij hun subjectiviteit hanteren?</li><li>• Hoe worden beoordelaars ondersteund in het narratief onderbouwen van hun oordeel en het geven van heldere adviezen aan aios en besluitvormers?</li><li>• Hoe houden beoordelaars rekening met diversiteit en gelijkwaardige kansen?</li></ul>

## DOMEIN 5

# Organisatie, management & medewerkers

### Inleiding

Dit domein gaat over de Organisatie, het management en de medewerkers van het instituut. Dit domein beschrijft, samen met domein 1 'Visie & kwaliteitsbeleid', de randvoorwaarden die ingevuld moeten worden om de kerndomeinen (Curriculum, Leeromgeving, Beoordeling & besluitvorming) succesvol uit te kunnen voeren.

### Organisatie

Het instituut coördineert de opleiding en verzorgt (grotendeels) het cursorisch onderwijs. De centrale vraag is hoe de organisatie zodanig ingericht kan worden dat het bereikt wat het wil bereiken op een zo efficiënt mogelijke manier. Er wordt gekeken naar de structuur van het instituut, de verdeling van taken en bevoegdheden en de wijze waarop werkprocessen worden vastgelegd en geactualiseerd. Organisatie gaat ook over de samenwerking met de andere opleidingsinstellingen en overige samenwerkingspartijen en de (interne en externe) communicatie.

### Management

Ook een effectieve aansturing van het instituut draagt bij aan de kwaliteit van de opleiding. Management gaat over de visie op leidinggevenden, de samenstelling van het managementteam en het functioneren en de onderlinge samenwerking van het management.

### Medewerkers

Met medewerkers worden alle werknemers van het instituut bedoeld. Het gaat om het hoofd, managers, docenten, ondersteuners en overige medewerkers (zoals coördinatoren, onderwijskundigen, beleidsmedewerkers en onderzoekers). Samen bepalen zij voor een groot deel de kwaliteit van de opleiding: hoe beter medewerkers ingezet worden, des te meer kwaliteit de organisatie kan leveren. Hiervoor is zicht nodig op de benodigde en de aanwezige competenties, kennis, kunde en ervaring van medewerkers. Werving, selectie en scholing van medewerkers kan dan gericht plaatsvinden. De competentieprofielen van de verschillende functies fungeren als norm bij het zicht houden op het (dis)functioneren van medewerkers. Tijdens jaar- of functioneringsgesprekken wordt hierover gesproken en kan ook de individuele competentieontwikkeling aan bod komen. Voor de competentieontwikkeling worden medewerkers begeleid op de werkvloer en/of worden ze in de gelegenheid gesteld om scholing te volgen. Het creëren van mogelijkheden voor professionele ontwikkeling draagt bij aan de tevredenheid van medewerkers. Professionals die tevreden zijn in hun werk en voldoende vrijheid ervaren, presteren ook beter. Het monitoren van tevredenheid is daarom ook belangrijk.

### Inhoud en afbakening

De inhoud van het domein 'Organisatie, management & medewerkers' bestaat uit 4 thema's.

Thema's Organisatie, management & medewerkers	
5.1	Inrichting van de organisatie
5.2	Management
5.3	Medewerkers
5.4	Cultuur en gedrag

### Gehanteerde definities

<b>Instituut</b>
Organisatie (al dan niet verspreid over meerdere locaties) die verantwoordelijk is voor de opleiding, deze coördineert en de uitvoering van het (cursorisch) onderwijs verzorgt (m.u.v. landelijk onderwijs).
<b>Medewerker</b>
Hoofd, managers, docenten, ondersteuners en overige medewerkers (zoals coördinatoren, onderwijskundigen, beleidsmedewerkers en onderzoekers).



## Thema 5.1 Inrichting van de organisatie

Een instituut streeft naar het op een zo efficiënt mogelijke manier bereiken van de organisatiedoelstellingen. Belangrijke hulpmiddelen hierbij zijn een heldere **organisatiestructuur** en duidelijke **werkprocessen**. Ook een goede **samenwerking** met de andere opleidingsinstituten en overige samenwerkingspartijen kan hieraan bijdragen. Een effectieve inrichting van de interne en externe **communicatie** is ook een randvoorwaarde die hierbij van belang kan zijn.

### Organisatiestructuur

De organisatiestructuur laat zien hoe de verschillende taken, verantwoordelijkheden en bevoegdheden binnen het instituut zijn verdeeld. Het definieert hiërarchische lijnen en maakt inzichtelijk hoe beslissingen worden genomen. De organisatiestructuur wordt weergegeven in een organogram. Hierin zijn ook de diverse (vaste) teams zichtbaar. Projectgroepen (met een tijdelijk karakter) worden meestal niet opgenomen in het organogram.

Hoe het instituut is ingebed binnen (de afdeling Huisartsgeneeskunde van) een UMC maakt ook onderdeel uit van de organisatiestructuur. Dit kan verschillen per opleiding. In een governancecode is vastgelegd wat de verantwoordelijkheden en bevoegdheden zijn van de verschillende partijen die bij het toezicht op het instituut zijn betrokken. De code schept daarmee de kaders voor de inrichting en uitvoering van de besturing en het interne toezicht op het instituut.

### Werkprocessen

Binnen het instituut vinden, op verschillende niveaus, meerdere werkprocessen plaats. Voorbeelden van deze processen zijn:

- [Toetsing en beoordeling](#);
- [Onderwijsontwikkeling](#);
- [Uitvoering HR-beleid](#).

Onderlinge afstemming tussen iedereen die betrokkenen is bij een werkproces is belangrijk voor een goed verloop van het proces en het verkrijgen van de gewenste uitkomsten. Hiervoor is het belangrijk dat werkprocessen worden vastgelegd en worden gemonitord. De informatie die de betrokkenen nodig hebben voor de gezamenlijke uitvoering van een proces is vaak vastgelegd in een informatiesysteem. Denk bijvoorbeeld aan een roosterprogramma, Family, of aan het E-portfolio.

### Samenwerking

Voor de uitvoering van de opleiding werkt het instituut samen met andere partijen. Belangrijk is de samenwerking van de zeven huisartsopleidingen binnen het samenwerkingsverband Huisartsopleiding Nederland. Binnen dit samenwerkingsverband wordt vanuit een strategische samenwerkingsagenda en landelijke programma's inhoudelijk samenwerkt met als doel het zorgdragen voor een kwalitatief goede en eenduidige opleiding. Ook maakt deze landelijke samenwerking het mogelijk om bepaalde processen efficiënter te organiseren.

Ook vindt er samenwerking plaats binnen het UMC, de universiteit of de faculteit waarin het instituut is ingebed, zowel binnen de afdeling als met andere afdelingen/medisch specialistische vervolgoopleidingen. Aios zijn als gebruiker van de opleiding afnemer van het instituut, de Lovah (als vertegenwoordiging van de aios) is daarom een belangrijke samenwerkingspartner van het instituut. Andere samenwerkingspartijen die zich bevinden in de omgeving van het instituut zijn bijvoorbeeld de opleidersvertegenwoordiging (o.a. de LHOV), de SBOH, het CGS, de RGS, alumni, de LHV en het NHG.

Voor een goede samenwerking is het belangrijk dat de samenwerkingspartijen elkaars meningen, wensen en ideeën over de samenwerking kennen om zo helderheid te creëren over de kansen (en bedreigingen) die de samenwerking het instituut biedt.

### Communicatie

Interne communicatie binnen het instituut is nodig voor medewerkers om de eigen taak adequaat uit te kunnen voeren. Communicatie vindt plaats door directe en indirecte interactie tussen medewerkers. Voorbeelden van indirecte communicatie zijn e-mails, memo's en nieuwsbrieven. Verder verloopt de communicatie formeel of informeel. Formele communicatie is gepland en systematisch. Voorbeelden van informele communicatie zijn een borrel of een gezamenlijke lunch. Informatievoorziening vindt ook plaats via digitale omgevingen.

Goede externe communicatie is belangrijk voor de contacten met alle stakeholders zoals aios, opleiders en samenwerkingspartijen. PR is onderdeel van de externe communicatie.



Indicatoren	Steunvragen
5.1.1 Er is een heldere en herkenbare organisatiestructuur en deze wordt geëvalueerd.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Hoe is de organisatie gestructureerd en georganiseerd?</li> <li>Hoe zijn de Taken, Verantwoordelijkheden en Bevoegdheden (TVB's) van medewerkers en teams vastgelegd?</li> <li>Hoe wordt de organisatiestructuur en (beslissings)bevoegdheid geëvalueerd?</li> </ul>
5.1.2 De belangrijke werkprocessen binnen het opleidingsinstituut zijn vastgelegd en actueel.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Hoe zijn de belangrijke werkprocessen vastgelegd?</li> <li>Hoe wordt ervoor gezorgd dat werkprocessen up-to-date blijven en altijd de juiste versie wordt gebruikt?</li> <li>Hoe is de communicatie over werkprocessen ingericht?</li> </ul>
5.1.3 Het instituut werkt op een kwalitatieve wijze samen met de andere opleidingsinstellingen en samenwerkingspartijen.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Hoe wordt er vanuit het opleidingsinstituut voor een gelijkwaardige bijdrage bij de landelijke overleggen gezorgd?</li> <li>Hoe is de samenwerking met het academisch netwerk van het instituut vormgegeven?</li> <li>Hoe is de samenwerking met andere partijen binnen en buiten het UMC/de universiteit vormgegeven?</li> <li>Hoe dragen samenwerkingspartners bij aan het realiseren van organisatiedoelstellingen?</li> </ul>
5.1.4 Er is sprake van effectieve interne en externe communicatie.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Hoe wordt de manier van communiceren (interne en externe communicatie) aangepast aan de wensen en behoeftes van belanghebbenden?</li> <li>Hoe wordt de effectiviteit van de gekozen communicatiemethode en -middelen gemeten en hoe wordt daarop geacteerd?</li> </ul>

## Thema 5.2 Management

Het management leidt het instituut en stuurt de medewerkers aan. De taken die horen bij het leiden van het instituut zijn het bepalen van de visie, de strategie en de doelstellingen van het instituut (strategisch niveau). Het leiding geven aan medewerkers van het instituut houdt onder meer in het kiezen van de juiste projecten met de juiste medewerkers, het zorgdragen voor voldoende capaciteit, het coördineren en delegeren van uitvoerende taken, het coachen van medewerkers en het faciliteren van medewerkers zodat zij hun werk kunnen uitvoeren en organisatiedoelstellingen kunnen worden bereikt (tactisch/ operationeel niveau).

Indicatoren	Steunvragen
5.2.1 Het instituut heeft een gedeelde visie op leidinggeven aan en beoordelen van medewerkers van het instituut.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Welke visie op leidinggeven hanteert het instituut?</li> <li>Welke visie op begeleiden en beoordelen van medewerkers hanteert het instituut?</li> <li>Hoe ziet het beoordelingsproces van medewerkers eruit?</li> <li>Hoe worden gemaakte afspraken over het functioneren opgevolgd?</li> </ul>
5.2.2 Het management evalueert periodiek zijn functioneren en de onderlinge samenwerking	<ul style="list-style-type: none"> <li>Hoe wordt de samenstelling van het managementteam bepaald?</li> <li>Hoe wordt het functioneren van het managementteam geëvalueerd?</li> <li>Hoe wordt de onderlinge samenwerking vormgegeven?</li> <li>Wat gebeurt er met de uitkomsten van de evaluaties?</li> </ul>



## Thema 5.3 Medewerkers

Een belangrijke randvoorwaarde is dat het instituut zorgdraagt voor voldoende en continue bezetting. Dit vraagt om zicht op het benodigd aantal medewerkers/fte's per functie (nu en in de toekomst) en een adequate inschatting van de uitstroom, doorstroom en het aanbod. Op basis van deze inschatting kan het wervingsbeleid worden vormgegeven. Daarnaast kan er ook beleid ontwikkeld worden gericht op de doorstroom van medewerker (door het aanbieden van interne opleidings-/ontwikkeltrajecten).

Naast voldoende medewerkers is het van belang dat er kwalitatief goede medewerkers zijn. Het instituut bepaalt aan welke criteria medewerkers moeten voldoen. Deze criteria zijn meestal gebaseerd op competentieprofielen en/of taak- of functieomschrijvingen. Bij de instroom van nieuwe medewerkers is het belangrijk dat er heldere procedures en criteria zijn voor de selectie. Selectietrainingen en selectie-instrumentarium kunnen hierbij ondersteunen. Ook is het van belang om aandacht te hebben voor de uitstroom van medewerkers. Bijvoorbeeld door het voeren van exitgesprekken kan er waardevolle feedback verzameld worden waarmee de uitstroom van andere medewerkers in de toekomst mogelijk voorkomen kan worden.

Om de kwaliteit te bewaken wordt het functioneren van medewerkers structureel gevolgd en beoordeeld. De eerdergenoemde competentieprofielen en/of taak- of functieomschrijvingen zijn hierbij de norm. Vragen en ontvangen van feedback op het functioneren is een belangrijke stimulans voor professionele ontwikkeling. Dit gebeurt zowel informeel als meer gestructureerd, met behulp van jaar-, functionerings-, of voortgangsgesprekken.

Om medewerkers te ondersteunen in hun takenpakket en hen in de gelegenheid te stellen om aan de gestelde norm te voldoen wordt hen scholing en begeleiding aangeboden. Het aanbieden van scholing en begeleiding kan tevens bijdragen aan het bereiken van de organisatiedoelstellingen. Voor nieuwe docenten geldt veelal dat zij een 'tweede vak' gaan leren. De scholing en begeleiding van beginnende docenten is daarom gericht op het beheersen van de basiscompetenties op het gebied van vakdidactiek. Voor ervaren docenten is dit gericht op het verfijnen van de competenties en op gespecialiseerde rollen (bijv. academische rollen).

Minstens zo belangrijk voor een kwalitatief goede functie-uitoefening is de medewerkerstevredenheid. Tevreden medewerkers blijven langer werkzaam voor een organisatie en zijn productiever. Op verschillende manieren kan door een instituut worden nagegaan of de medewerkers tevreden zijn, één daarvan is een medewerkers(tevredenheids)onderzoek. Onderzoek doen is dan de eerste stap, een onmisbare tweede stap is het opvolgen van de uitkomsten hiervan.

Indicatoren	Steunvragen
<p><b>5.3.1</b> Er wordt op systematische wijze richting gegeven aan de scholing en (competentie)ontwikkeling van medewerkers.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Hoe is in het lokale scholingsplan aansluiting gezocht bij de strategische koers van het opleidingsinstituut (visie, organisatiedoelstellingen, etc.)?</li> <li>Hoe is de visie van het Landelijk opleidingsplan (2024) vertaald in het lokale scholingsplan?</li> <li>Hoe is het landelijke docent-competentieprofiel doorvertaald naar het lokale scholingsplan?</li> <li>Hoe wordt in het aanbod aan van scholings- en begeleidingsactiviteiten rekening gehouden met verschillende competentieniveaus van medewerkers?</li> <li>Welke ruimte is er voor loopbaanontwikkeling richting academische rollen (bijv. onderzoek van onderwijs, promotietrajecten)?</li> </ul>
<p><b>5.3.2</b> Het instituut peilt periodiek de tevredenheid van de medewerkers en de uitkomsten van tevredenheidsonderzoeken wordt systematisch opgevolgd.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Wat is het beleid van het opleidingsinstituut ten aanzien van het peilen van de tevredenheid van medewerkers?</li> <li>Op welke wijze worden de uitkomsten van tevredenheidsonderzoeken opgevolgd?</li> </ul>
<p><b>5.1.3</b> Er is doelmatig beleid rondom in- en uitdiensttreding van medewerkers.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Hoe wordt zicht gehouden op de verwachte instroom, doorstroom en uitstroom van medewerkers?</li> <li>Hoe worden de procedures voor werving, selectie en behoud van medewerkers vormgegeven?</li> <li>Welke procedure wordt gevolgd bij de uitdiensttreding van medewerkers en hoe wordt die benut voor kwaliteitsverbetering?</li> </ul>



## Thema 5.4 Cultuur en gedrag

Ook de organisatiecultuur en het gedrag van medewerkers zijn van belang voor het bereiken van de organisatiedoelstellingen. Een organisatiecultuur gericht op kwaliteit draagt bij aan een succesvolle realisatie van de in de visie vastgelegde doelstellingen. Met kwaliteitscultuur binnen de opleiding wordt bedoeld dat iedereen, als vanzelfsprekend, gericht is op het verbeteren van de kwaliteit van de opleiding. Woods (2006) beschrijft kernwaarden die volgens hem aan een kwaliteitscultuur ten grondslag zouden liggen:

- Men (iedereen) streeft naar een gezamenlijk doel;
- Er wordt open en eerlijk gecommuniceerd over zowel goed lopende als minder goed lopende zaken;
- Iedereen heeft toegang tot de informatie die relevant kan zijn voor het eigen functioneren ten aanzien van het grotere geheel;
- Leerervaringen worden centraal gezet, er heerst geen afrekencultuur;
- De nadruk ligt op teamprestaties waarbij men in de gaten houdt hoe de eigen werkzaamheden zich verhouden tot het grote doel in plaats van individuele prestaties.

Belangrijk voor het kunnen realiseren van een dergelijke cultuur is dat het managementteam als rolmodel fungeert door het kwaliteitsdenken uit te dragen en voortdurende verbetering en vernieuwing te stimuleren.

Ook het creëren van een diverse en inclusieve werkomgeving is een belangrijke randvoorwaarde. Een succesvol diversiteitsbeleid (gericht op het herkennen, begrijpen, waarderen en stimuleren van een diversiteit aan medewerkers) draagt bij aan medewerkerstevredenheid en een veilig werk- (en opleidings)klimaat. Daarnaast kan een scala aan perspectieven bijdragen aan kwaliteitsverbetering en innovatie.

Het creëren van een prettig en veilig werk- (en opleidings)klimaat vraagt tevens om inspanning van het instituut. Het doel is om een werkomgeving te creëren waar iedereen zich veilig en welkom voelt en zich durft uit te spreken. Indien er toch ongewenst gedrag wordt ervaren is het belangrijk dat er heldere procedures zijn en medewerkers laagdrempelig contact op kunnen nemen met een vertrouwenspersoon.

Indicatoren	Steunvragen
5.4.1 Het instituut geeft vorm aan een actieve en gedeelde kwaliteitscultuur.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hoe zou je de kwaliteitscultuur van het instituut beschrijven?</li> <li>• In hoeverre fungeert het managementteam als rolmodel voor de kwaliteitscultuur? Hoe uit zich dat?</li> <li>• Hoe uit deze kwaliteitscultuur zich in concreet beleid en in de uitvoering van processen? Hoe uit zich dat in gedrag?</li> <li>• Hoe worden aios, opleiders en medewerkers meegenomen in de gewenste kwaliteitscultuur?</li> </ul>
5.4.2 Er is beleid voor het creëren van een diverse en inclusieve werkomgeving en dit wordt actief nageleefd.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Welk beleid is ontwikkeld ten aanzien van het creëren van een diverse en inclusieve werkomgeving?</li> <li>• Hoe wordt dit beleid nageleefd/uitgedragen?</li> <li>• Welke initiatieven zijn er om diversiteit, inclusie en gelijkwaardigheid te stimuleren?</li> </ul>
5.4.3 Er is beleid voor het creëren van een veilige werkomgeving en dit beleid wordt actief nageleefd.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hoe wordt gewenst gedrag in de organisatie uitgedragen?</li> <li>• Welke procedures zijn er wanneer medewerkers ongewenst gedrag ervaren?</li> <li>• Is er een (externe) vertrouwenspersoon en weten medewerkers deze vertrouwenspersoon laagdrempelig te vinden?</li> </ul>
5.4.4 Het instituut stimuleert een cultuur van academisch denken, kennisdeling en innovatie.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hoe wordt een cultuur bevorderd waarin aandacht voor innovatie en academisering vanzelfsprekend is?</li> <li>• Op welke wijze stimuleert het management deelname aan netwerken gericht op onderzoek en innovatie?</li> <li>• Hoe wordt begeleiding van aiotho's en binding van gepromoveerde aios en ander academisch talent vormgegeven?</li> </ul>

HUISARTSOPLEIDING

NEDERLAND