

GEAR*

* Gecombineerde Evaluatie en Audit Ronde

Handboek GEAR Auditronde 2022

KWALITEITSINSTRUMENT HUISARTSOPLEIDING NEDERLAND

HUISARTSOPLEIDING

NEDERLAND

GEAR*

* Gecombineerde Evaluatie en Audit Ronde

Handboek GEAR Auditronde 2022

KWALITEITSINSTRUMENT HUISARTSOPLEIDING NEDERLAND

Colofon

Portefeuillehouder Kwaliteit namens de hoofden van de opleidingen

Dr. Hedwig M.M. Vos, Hoofd Huisartsopleiding LUMC Leiden

Werkgroep coördinatoren Kwaliteit huisartsopleidingen

Dr. Lisette Dijkink (Erasmus MC Rotterdam)

Drs. Jochem van Hal (Radboudumc Nijmegen)

Drs. Jeska J.T. Kegels (UMC Utrecht)

Mr. Anneriek R. Meerveld (UMCG Groningen)

Marieke S. van Schelven Msc (Huisartsopleiding VUmc, Amsterdam)

Dr. Marie-Louise J.J. Schreurs (Maastricht University)

Dr. Irene A. Slootweg (LUMC Leiden)

Dr. Mechteld R.M. Visser (Huisartsopleiding AMC, Amsterdam)

Projectcoördinatie GEAR

Ir. Jean van Wersch MBA (NHG Praktijk Accreditering b.v.)

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: Inpetto-ontwerp

© Huisartsopleiding Nederland

Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd, 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
DEEL I GEAR, Gecombineerde Evaluatie en Audit Ronde	11
Hoofdstuk 1: Doel, inhoud en opzet GEAR	13
Hoofdstuk 2: Terugblik op GEAR Auditronde 2018	20
DEEL II Domeinen GEAR	23
Hoofdstuk 3: Domeinen GEAR	24
Ondersteunend domein 1: Visie & Kwaliteitsbeleid	27
Kerndomein 2: Curriculum	41
Kerndomein 3: Leeromgeving	53
Kerndomein 4: Toetsing & Beoordeling	65
Ondersteunend domein 5: Organisatie, Management & Medewerkers	73
DEEL III Praktische handreikingen	99
Hoofdstuk 4: Planning GEAR Auditronde 2022	101
Hoofdstuk 5: Voorbereiding door het instituut	102
Hoofdstuk 6: De audit	105
Bijlage	111
Overzicht van de eisen uit 'Kaderbesluit CGS (13 maart 2019)' en de aanvullende kwaliteitsaspecten uit 'Kwaliteitskader Cluster 1 (9 oktober 2019)' in relatie tot de GEAR-domeinen.	

Voorwoord

Vanaf januari 2022 start de vierde ronde van GEAR, het gezamenlijke kwaliteitsinstrument van de acht huisartsopleidingen. Door cyclisch te kijken naar de kwaliteit van onze opleidingen kunnen we met z'n allen leren van onze eigen processen en van elkaar door het uitwisselen van good practices, maar ook het bespreken van dingen die niet zo gegaan zijn als de bedoeling was. Dit is een continu proces, en niet alleen maar iets om slechts elke drie jaar te doen. Toch is het goed om één keer per drie jaar echt samen heel goed stil te staan bij kwaliteit. Hierin zoeken we ook heel expliciet samenwerking met de RGS in haar steeds meer toezichthoudende functie op het gebied van de kwaliteit van de huisartsopleidingen. Het nieuwe kaderbesluit geeft deze ruimte en wij hopen nadat we samen als acht instituten de GEAR hebben doorlopen met de RGS goede afspraken te kunnen maken over onze kwaliteitscyclus in relatie tot de erkenning als opleidingsinstituut.

Samen met docenten, stafleden, aios, huisartsopleiders en stagebegeleiders gaan we dit GEAR-proces aan. We werken hierbij samen met de acht instituten. Nieuw zijn deze ronde de herschikking van de domeinen, de beschrijving van alle domeinen in het handboek en niet slechts een selectie van domeinen, zoals de vorige keren. Ook nieuw is het onderscheid in kerndomeinen en ondersteunende domeinen. Tot slot is de keuze gemaakt om het 'academisch niveau' in alle relevante domeinen geïntegreerd terug te laten komen.

GEAR gaat ons verder helpen in het denken over kwaliteit, maar vooral ook in het doen. Het geeft handvatten en duiding en geeft aan waar kwaliteit over gaat. En dat is over alles. Dit handboek is voor iedereen die bij de audit betrokken is. Dus ondersteuners en aios, MT-leden en docenten, opleiders en auditors, kwaliteitscoördinatoren en onderzoekers, stafleden en hoofden. En voor iedereen die hier niet tussen staat en die zich betrokken voelt bij kwaliteit.

In de afgelopen periode is veel tijd geïnvesteerd in de governance van de samenwerking tussen de verschillende opleidingsinstituten. Er is nu een Raad

van Eigenaren van Huisartsopleiding Nederland, een Raad van Advies en een Raad van Toezicht en natuurlijk de werkorganisatie van Huisartsopleiding Nederland met haar nieuwe directeur. GEAR geeft ons de mogelijkheid deze samenwerking nog meer inhoud te geven om uiteindelijk ons doel te bereiken: samen zorgen voor een nog betere huisartsopleiding in Nederland!

Ik dank de kwaliteitscoördinatoren van alle instituten en de NPA voor hun inzet. Dankzij hen ligt dit handboek hier nu en gaan we een mooie GEAR ronde tegemoet.

HEDWIG VOS

Hoofd Huisartsopleiding LUMC, huisarts

Portefeuillehouder Kwaliteit namens de hoofden

Leeswijzer

Lees voor een snelle **kennismaking met GEAR**, het kwaliteitsinstrument van Huisartsopleiding Nederland, hoofdstuk 1 'Doel, inhoud en opzet GEAR'. Het hoofdstuk geeft een korte beschrijving van de inhoud en werkwijze tijdens deze vierde GEAR Auditronde.

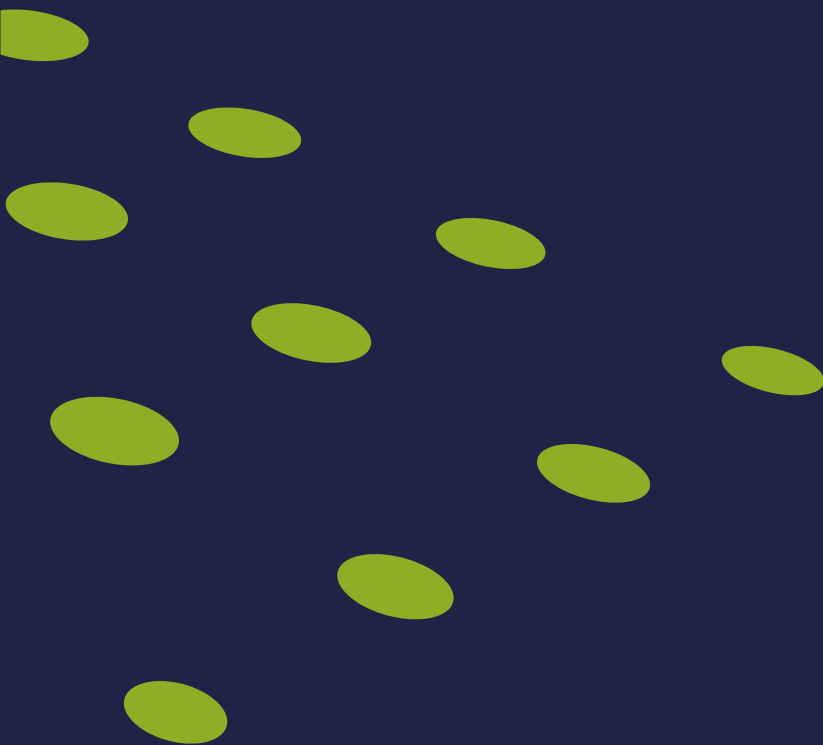
Enkele **resultaten van de vorige GEAR Auditronde** zijn te vinden in hoofdstuk 2 'Terugblik op GEAR Auditronde 2018'.

De vernieuwde **inhoud van de domeinen** is uitvoerig beschreven in hoofdstuk 3 'Domeinen GEAR'. De drie kerndomeinen '2. Curriculum', '3. Leeromgeving' en '4. Toetsing & Beoordeling', alsmede de ondersteunende domeinen '1. Visie & Kwaliteitsbeleid' en '5. Organisatie, Management & Medewerkers' zijn in dit hoofdstuk nader uitgewerkt.

In de hoofdstukken '4. Planning GEAR Auditronde 2022' en '5. Voorbereiding door het instituut' worden enkele **praktische handreikingen** gegeven voor de uitvoering van de zelfevaluatie, de voorbereiding van de audit en de opzet en realisatie van verbeterplannen. Hoofdstuk '6. De audit' beschrijft de voorbereiding van het auditbezoek zelf en bevat een conceptprogramma.

De bijlage bestaat uit een overzicht van alle **eisen vanuit de RGS** met daarbij aangegeven hoe deze aansluiten bij de domeinen van GEAR.

GEAR, Gecombineerde Evaluatie en Audit Ronde



* HOOFDSTUK 1

Doel, inhoud en opzet GEAR

Doel GEAR

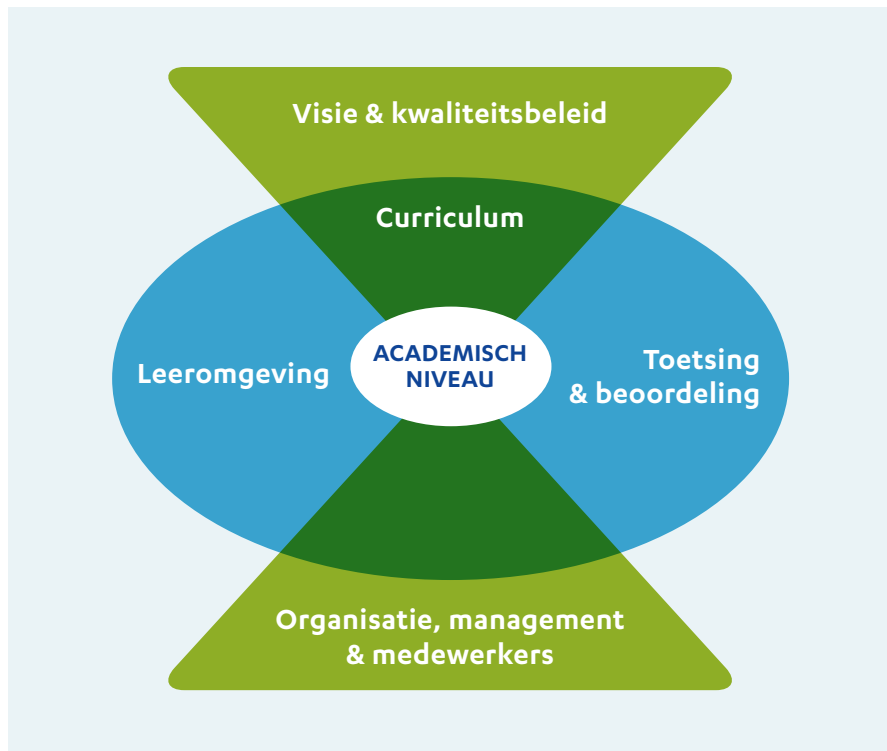
GEAR, Gecombineerde Evaluatie- en AuditRonde is het landelijk kwaliteitsinstrument van de acht huisartsopleidingen in Nederland. Doel van GEAR is om als instituut samen met het auditteam te komen tot een analyse van de opleiding als basis voor verbetering. Met GEAR willen de opleidingen de kwaliteit van de opleidingen en de samenwerking bevorderen.

Inhoud GEAR

GEAR maakt gebruik van een indeling in vijf domeinen. Samen omvatten deze domeinen de meest relevante processen binnen de opleiding. De drie kern-domeinen '2. Curriculum', '3. Leeromgeving' en '4. Toetsing & Beoordeling' komen elke auditronde aan de orde.

De ondersteunende domeinen '1. Visie & Kwaliteitsbeleid' en '5. Organisatie, Management & Medewerkers' worden vanuit de gesprekken over de kern-domeinen geaudit.

'Academisch niveau' is niet langer een apart domein binnen GEAR; de aandachtspunten zijn binnen de vijf domeinen geïntegreerd.



FIGUUR 1: DE GEAR-DOMEINEN

De domeinen zijn doorontwikkeld door de kwaliteitscoördinatoren en besproken met instituutsmedewerkers met specifieke expertise op het gebied van de domeinen. De domeinen zijn vastgesteld door de hoofden van de instituten.

Opzet GEAR

Het verloop van de auditronde is weergegeven in figuur 2. De GEAR Auditronde is de vierde auditronde.



FIGUUR 2: VERLOOP VAN DE AUDITRONDE

Zelfevaluatie

De indicatoren bij de domeinen zijn ook deze ronde als stellingen geformuleerd. De instituten beoordelen de stellingen als 'Helemaal niet van toepassing', 'Niet echt van toepassing', 'Van toepassing', 'Goed van toepassing' of 'Volledig van toepassing'. In deze vierde ronde is het gebruik van aandachtspunten bij de verschillende indicatoren gehandhaafd. Gebleken is namelijk dat de aandachtspunten erg behulpzaam zijn bij het maken van de zelfevaluatie. Net als in voorgaande auditrondes onderbouwen de instituten hun zelfevaluatie met behulp van relevante documentatie.

NIVEL-enquête

Bij de vorige auditrondes is gebruik gemaakt van de resultaten van NIVEL-enquêtes onder aios en alumni. Bij de samenstelling van dit handboek (medio 2021) wordt gewerkt aan vernieuwing van de enquêtes. De enquêteresultaten kunnen, indien tijdig beschikbaar, bij de zelfevaluatie en de audit worden meegenomen.

Reflectieverslag

Ter voorbereiding op hun auditbezoek maken de instituten een reflectieverslag. Hierbij wordt gekeken naar de resultaten van de zelfevaluatie, de voortgang van verbeterplannen uit de vorige ronde(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.

Auditgesprekken

De auditbezoeken bestaan ook deze ronde uit twee, aaneengesloten dagen. Nog nader bepaald zal worden of ook gebruik gemaakt wordt van digitale auditgesprekken.

Aan het einde van het auditbezoek geeft het auditteam een voorlopige mondelinge rapportage van haar bevindingen.

De schriftelijke terugkoppeling van het auditteam wordt, voor 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.

Rapport GEAR 2022 en evaluatie

Nadat alle auditbezoeken zijn geweest, maken de voorzitter en secretaris van het auditteam het 'Rapport GEAR 2022', een totaalrapportage. Nadat dit rapport is vastgesteld wordt de auditronde besloten met een evaluatie.

NPAweb

NHG Praktijk Accreditering b.v. (NPA), verantwoordelijk voor de uitvoering van de GEAR Auditronde, faciliteert het proces met NPAweb, een webbased vragen- en uitwisselingsplatform. NPA verzorgt ook, samen met het auditteam, de rapportages. Huisartsopleiding Nederland en NPA verzorgen in de periode tussen twee auditronden regelmatig uitwisselingsbijeenkomsten voor de kwaliteitscoördinatoren.

GEAR en het eigen kwaliteitssysteem

GEAR is het gezamenlijk kwaliteitskader voor de opleidingen tot huisarts. Het handboek GEAR beschrijft de domeinen en legt de relatie met het Kaderbesluit CGS (2019) en het Kwaliteitskader cluster 1 (2019).

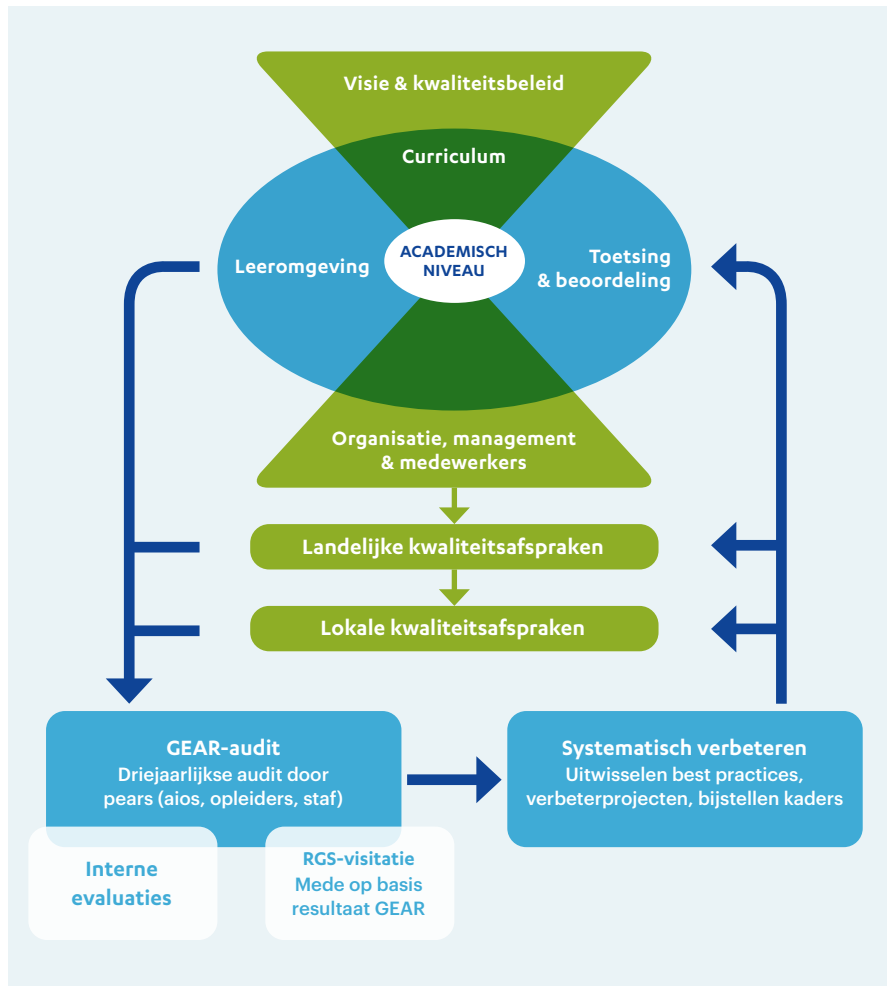
Daarnaast zijn er landelijke kwaliteitsafspraken en kaders, gebaseerd op het beleid van Huisartsopleiding Nederland en de gezamenlijke besluiten van de hoofden.

Het betreft onder andere:

- **Landelijk Opleidingsplan.** Huisartsopleiding Nederland, 2016.
- **Kaderbesluit voor de opleidingen.** CGS 2019.
- **Competentieprofiel van de huisarts.** Huisartsopleiding Nederland, 2016.
- **Competentieprofiel van de docent CHVG.** KNMG, 2008.
- **Competentieprofiel van de opleider CHVG.** Huisartsopleiding Nederland, 2011.
- **Landelijk Plan scholing en toetsing Huisartsopleiders.** Huisartsopleiding Nederland, 2018.
- **Landelijk Toetsplan.** Huisartsopleiding Nederland, 2019.

Elke opleiding heeft een kwaliteitssysteem met lokale kwaliteitsafspraken, rekening houdend met het Kaderbesluit CGS, Kwaliteitskader cluster 1, de domeinen van GEAR, en de overige landelijke kwaliteitsafspraken en kaders. Het toepassen van alle kaders helpt bij het realiseren van een effectieve interne kwaliteitscyclus.

Onderstaande figuur 3 geeft de samenhang weer.



FIGUUR 3: SAMENHANG GEAR-DOMEINEN, KWALITEITSAFSPRAKEN, INTERNE & EXTERNE EVALUATIES EN SYSTEMATISCH VERBETEREN

Met GEAR worden de instituten, inclusief de opleiders, gestimuleerd systematisch aan verbetering te werken en actief gebruik te maken van elkaars expertise en beschikbare good practices. Deelname aan 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 rol van 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 GEAR kunnen worden gebruikt als input bij de visitatie door RGS.

Verbeteren en uitwisselen

De hoofden gebruiken de rapporten van hun instituut en het Rapport GEAR 2022, de totaalrapportage om landelijke aandachtspunten voor de volgende periode vast te stellen. Bij deze aandachtspunten werken de instituten samen aan verbetering.

Daarnaast werken de instituten ook aan eigen, lokale verbeter- en ontwikkelplannen. De GEAR-systematiek biedt een platform voor het uitwisselen van good practices. Huisartsopleiding Nederland organiseert daartoe regelmatig bijeenkomsten voor de coördinatoren kwaliteit.

* HOOFDSTUK 2

Terugblik op GEAR Auditronde 2018

Tot 2012 hebben de huisartsopleidingen gebruik gemaakt van twee landelijke kwaliteitsinstrumenten, te weten PAUK-H en Prestatie-indicatoren. Met de introductie van GEAR is één nieuw instrument voor kwaliteitsverbetering ontstaan.

In 2012-2103 zijn de domeinen 'Academisch niveau', 'Leeromgeving', 'Toetsing, beoordeling en resultaten' en het thema 'Docentprofessionalisering' aan de orde geweest. Bij de ronde 2015-2016 is gekeken naar 'Visie en kwaliteit', 'HR-beleid' en 'Organisatie en Management'. In de auditronde 2018 zijn de domeinen 'Curriculum', 'Leeromgeving' en 'Toetsing & beoordeling' besproken.

In het 'Verslag auditronde 2018-2019' hebben de voorzitter en secretaris, als vaste leden van de auditteams, een totaaloverzicht gemaakt van de uitkomsten.

Als algemene aanbevelingen zijn geformuleerd:

"Het nieuwe landelijk opleidingsplan (LOP) is overal ingevoerd en het is zichtbaar dat de opleidingen systematischer nadenken over curriculumontwerp (centraal stellen van leren in de praktijk) en over organisatiestructuur (thema-groepen, curriculumcommissie, etc.).

Wat meer aandacht behoeft, is het werken volgens de PDCA-cyclus rondom de invoering van het LOP en in bredere zin. Daarnaast kan de afstemming binnen het curriculum en de eindverantwoordelijkheid hiervoor bij een aantal opleidingen beter belegd worden en/of duidelijker gecommuniceerd worden.

Voor elk instituut is zowel de communicatie binnen het instituut als de communicatie naar buiten een aandachtspunt. Het moet voor alle betrokkenen duidelijk zijn: wie voor wat verantwoordelijk is; wat waar en wanneer geleerd kan worden in de opleiding en waar welke informatie vindbaar is.

Een goede afstemming tussen curriculum, toetsing en de leeractiviteiten in de leeromgeving (constructive alignment) is de kern van een goede opleiding. De kwaliteit van docent en opleider zijn van cruciaal belang hierbij. Hiermee staat of valt de succesvolle uitvoering van het curriculum.

Uit deze audit komt naar voren dat er te veel verschillen in kwaliteit zijn tussen zowel docenten onderling als ook opleiders onderling.

Daarom is het van belang dat:

- de instituten de veranderende rol van de docent en opleider (met bijbehorende visie en beleid) expliciteren en deskundigheidsbevordering hierop richten (bijvoorbeeld scholing, coaching, functionerings-gesprekken);
- de visie op toetsen breder uitgedragen wordt, waarbij de rollen van aios, docent en opleider geëxpliciteerd zijn;
- zowel docent als opleider zicht hebben op de opleidingsdoelen en de eisen die gesteld worden en de voortgang van aios ten opzichte van deze opleidingsdoelen en -eisen;
- de samenwerking tussen docent en opleider verder wordt versterkt, bijvoorbeeld door de voortgangsgesprekken met de aios standaard in de driehoek uit te voeren en door gedeelde visie en gezamenlijke deskundigheidsbevordering;
- er functioneringsgesprekken met opleiders worden gehouden;
- een opleiding stappen durft te ondernemen bij een niet goed functionerende opleider;
- tijdens deskundigheidsbevorderingsactiviteiten aandacht wordt besteed aan:
 - feedback geven, gekoppeld aan de opleidingsthema's en het IOP van de aios; bespreken van de gewenste norm;
 - in de praktijk werken met de thema's en KBA's (als hulpmiddel bij begeleiden en het bewaren van overzicht over de einddoelen en de eisen die gesteld worden);
 - het begeleiden van aios bij specifieke thema's en bij het maken van keuzes bij 'Leren op maat' begeleiden bij IOP);
 - de rol van het e-portfolio – eventueel in aangepaste vorm – bij het leren en begeleiden van de aios."

De auditronde uit 2018 is uitvoerig geëvalueerd met de instituten (coördinatoren, hoofden) en de leden van het auditteam. In het genoemde 'Verslag auditronde 2018-2019' is hierover ook gerapporteerd.

Domeinen GEAR

Meer nog dan in voorgaande auditronden is het accent verschoven naar 'waarderend auditen'. Doel van de auditgesprekken was om de eigen analyse van het opleidingsinstituut verder te verdiepen. En om te onderzoeken of en hoe de indicatoren volgens de betrokkenen worden behaald. Het auditteam heeft ervaren dat de gekozen aanpak van waarderend auditen en het centraal stellen van de zelfevaluatie en reflectie van het instituut veel oplevert. De werkwijze zal bij deze auditronde worden voortgezet.

Na elke audit is feedback gevraagd aan de deelnemers vanuit het instituut. De gemiddelde waardering voor de voorbereiding binnen het eigen instituut is enigszins toegenomen ten opzichte van de vorige auditronde (73% beoordeelt deze als 'goed' tot 'zeer goed'; was 68%). Instituten geven in hun toelichting aan dat de voorbereiding al veel oplevert, waaronder gevoel van saamhorigheid, collegialiteit en trots op good practices.

De waardering voor de auditgesprekken is aanmerkelijk verbeterd. De gemiddelde waardering 'goed' tot 'zeer goed' voor de *relevantie* van de gesprekken is van 73% naar 85% gestegen. Ook de waarderingen voor *diepgang* en *volledigheid* zijn licht gestegen naar respectievelijk 60% en 54%. De waardering voor de *constructieve sfeer* is, mede door de gekozen auditstijl, sterk gestegen van 77% naar 93%.

Zoals in de toelichting werd beschreven door een van de deelnemers: 'Het is een stimulans om met de uitkomsten aan het werk te gaan'.

Het advies van de voorzitter van de auditteams om in elke auditronde de domeinen uit auditronde 2018 centraal te stellen, is overgenomen. Bij de herschikking van de domeinen zijn 'Curriculum', 'Leeromgeving' en 'Toetsing & Beoordeling' als kerndomeinen beschreven. Gekozen is om bij de komende auditronde vanuit de kerndomeinen, delen van de ondersteunende domeinen te bespreken.

* HOOFDSTUK 3

Domeinen GEAR

In voorbereiding op de auditronde 2022 zijn de domeinen inhoudelijk geactualiseerd.

In lijn met het advies uit de vorige auditronde is een nieuwe indeling gemaakt met drie kerndomeinen en twee ondersteunende domeinen. Ook is de structuur vereenvoudigd; domeinen zijn verdeeld in thema's waarbinnen indicatoren met aandachtspunten zijn beschreven. Het tussenniveau waarbij thema's in sub-domeinen waren verdeeld, is vervallen.

Tijdens elke auditronde staan de drie kerndomeinen centraal. Per auditronde kan een deel van de inhoud van de ondersteunende domeinen worden besproken.

Domein	Thema (aantal indicatoren)
Domein 1: Visie & Kwaliteitsbeleid ondersteunend domein	1.1 Missie en visie (1) 1.2 Systematiek (kwaliteits)beleid (4) 1.3 Systematiek uitvoering (verbeter)projecten (1) 1.4 Communicatie (kwaliteits)beleid (3) 1.5 Kwaliteitscultuur (1)
Domein 2: Curriculum kerndomein	2.1 Inhoud van het curriculum (1) 2.2 EBM geïntegreerd in het curriculum (2) 2.3 Samenhang binnen het curriculum (1) 2.4 Opleidingsactiviteiten (1) 2.5 Individualisering van de opleiding (2) 2.6 Wetenschappelijk onderzoek aios (2) 2.7 Expertise staf en opleiders (2) 2.8 Kwaliteitsbewaking en innovatie van onderwijs (1)
Domein 3: Leeromgeving kerndomein	3.1 Leermogelijkheden in de opleidingspraktijk (3) 3.2 Begeleiding bij het leren in de opleidingspraktijk (2) 3.3 Leermogelijkheden in de stages (3) 3.4 Begeleiding bij het leren in de stages (2) 3.5 Leermogelijkheden op de huisartsenpost (2) 3.6 Begeleiding bij het leren op de huisartsenpost (2) 3.7 Wetenschappelijk klimaat (3)
Domein 4: Toetsing & Beoordeling kerndomein	4.1 Vormgeving toetsprogramma (3) 4.2 Kwaliteitsbewaking en planmatige verbetering (1) 4.3 Samenwerking tussen opleiders, docenten en hoofd t.b.v. beoordeling en voortgangsbeslissing (2)
Domein 5: Organisatie, Management & Medewerkers ondersteunend domein	Organisatie 5.1 Ontwerp van de organisatie (3) 5.2 Vertaling naar de praktijk (2) 5.3 Besluitvorming (1) 5.4 Samenwerkingspartijen (2) 5.5 Communicatie (3) Management 5.6 Management (3) Medewerkers 5.7 Voldoende en continue bezetting (1) 5.8 Kwaliteitscriteria voor selectie (1) 5.9 Monitoring en beoordeling van functioneren (5) 5.10 Leren door scholing en begeleiding (4) 5.11 Professionele ontwikkeling door het dagelijks werk (3) 5.12 Tevredenheid van (stage-)opleiders en medewerkers (2)

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

Dit eerste domein van GEAR bepaalt de richting van de organisatie. In dit domein beschrijven we waar we heen gaan en waarom we dat willen.

Hieraan wordt gestructureerd vorm gegeven door te werken vanuit de missie. De missie beschrijft het bestaansrecht van een opleiding en sluit logischerwijze aan bij de landelijke missie: [“Huisartsopleiding Nederland staat voor het opleiden van voldoende, vakbekwame en toekomstbestendige huisartsen voor iedereen in Nederland.”](#)

De visie geeft hier invulling aan en 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, actuele ontwikkelingen in het werkveld en de eigen ambities. Ook wordt rekening gehouden met richtlijnen van de kader stellende instanties en wordt aangesloten bij de wensen en verwachtingen van belanghebbenden.

Het kwaliteitsbeleid is een vertaling van de missie en visie naar concrete doelstellingen om daarmee het continu verbeteren in de organisatie te borgen. Het helpt de opleiding om onderwijs van hoge kwaliteit te leveren en bevordert de effectiviteit van de maatregelen die daartoe worden genomen. Onderdeel van het kwaliteitsbeleid is de controle op 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 vindt plaats in het andere ondersteunende domein, namelijk domein 5 Organisatie, Management & Medewerkers.

Het kwaliteitsbeleid dient transparant te zijn en door de belanghebbenden te worden gedragen. Een organisatiecultuur, gericht op kwaliteit, draagt bij aan een succesvolle realisatie van de in de visie vastgelegde doelstellingen.

Inhoud en afbakening

De inhoud van het domein Visie & Kwaliteitsbeleid is opgedeeld in vijf thema's.

Thema's Visie & Kwaliteitsbeleid	
1.1	Missie en visie
1.2	Systematiek (kwaliteits)beleid
1.3	Systematiek uitvoering (verbeter)projecten
1.4	Communicatie (kwaliteits)beleid
1.5	Kwaliteitscultuur

GEAR en het eigen kwaliteitssysteem

De samenhang van GEAR met het eigen lokale kwaliteitssysteem is nader beschreven in hoofdstuk 1 en figuur 3 in dit handboek.

GEAR is het gezamenlijk kwaliteitskader voor de opleidingen tot huisarts. Het handboek GEAR 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 het beleid van Huisartsopleiding Nederland en de gezamenlijke besluiten van de hoofden.

Tot slot heeft elke opleiding een eigen kwaliteitssysteem met lokale kwaliteitsafspraken.

Doel is het realiseren van een effectieve interne kwaliteitscyclus.

Aspecten van kwaliteitsbeleid die elders in GEAR zijn opgenomen

Het borgen en bevorderen van de kwaliteit van de medewerkers (inclusief het management) is geen onderdeel van het domein 'Visie & Kwaliteitsbeleid'.

Deze aspecten zijn opgenomen in het domein 'Management, Organisatie & mensen'.

Gehanteerde definities

Kwaliteit

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

Kwaliteitsbeleid

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

Kwaliteitssysteem

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

Medewerkers

Medewerkers van het instituut: managementteamleden, docenten en overige ondersteunende stafleden zoals beleidsmedewerker, secretaresse, ICT-er.

Thema 1.1 Missie en Visie

Missie

De missies van opleidingen, de primaire opdracht of maatschappelijke functie, zullen naar verwachting inhoudelijk weinig afwijken. Wel zijn er uiteraard verschillen te verwachten bij de wijze waarop aan de missie invulling zal worden gegeven.

Visie

Met de visie beschrijft een opleiding haar ambities en hoe in de komende periode (meestal 5 jaar) gewerkt zal worden aan de realisatie van de missie. De visie betreft niet alleen het onderwijs, maar ook de wijze van organiseren, en daarmee de ambities van de opleiding als geheel.

Het hebben van een missie en visie is onontbeerlijk voor het richten van een organisatie en het systematisch werken en bereiken van organisatiedoelen op middellange en lange termijn. Een heldere visie helpt ook 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.

Bij het tot stand komen van de visie is het van belang om de mening van alle belanghebbenden, in het bijzonder de klant, te kennen en te verwerken. Voor de opleiding zijn de aios de meest directe klant. Daarnaast is ook de maatschappij, als afnemer van de huisartsen, te beschouwen als klant. Andere belanghebbenden zijn onder andere medewerkers en (stage)opleiders. Het betrekken van de diverse meningen en standpunten kan op verschillende manieren, bijvoorbeeld door gebruik te maken van enquêtes.

Verder zal bij het opstellen van de visie rekening gehouden moeten worden met andere externe factoren zoals aantallen en beginniveau van de instromende aios, gewenste aantal op te leiden aios, aansluiting van de geneeskundeopleiding bij de huisartsopleiding, etc. Zo zou de vraag wat de maatschappij nodig zal hebben in de toekomst beantwoord moeten worden vanuit de toekomstvisie van de beroepsgroep, zoals opgesteld door NHG en LHV. Hiermee verbindt het instituut zich ook nadrukkelijk en doorlopend aan de beroepsgroep.

Alle genoemde factoren zullen invloed hebben op de visie en het beleid. Na het opstellen van een visie zullen er echter prioriteiten moeten worden gesteld. Dit betekent dat de visie niet alle ontwikkelaspecten kan bevatten, maar het resultaat is van een afweging. Zo zullen ook landelijke afspraken invloed hebben op de visie en het beleid, en kunnen deze als zodanig in de visie worden geïntegreerd.

Een goede visie laat alle betrokkenen, zowel intern als extern, zien waar het instituut voor staat en waarin de opleiding dan wel het opleidingsinstituut zich onderscheidt van andere opleidingen. De visie is in die zin een visitekaartje naar onder andere aios, (potentiële) opleiders, stageopleiders en medewerkers.

Door de visie actief uit te dragen, kan deze betrokkenen inspireren en motiveren om de organisatiedoelen van de opleiding mede te helpen realiseren. Daarbij is de vastgelegde visie ook een belangrijke basis voor de 'meet' waarlangs het instituut in haar kwaliteitsaudit gelegd wordt.

* Indicatoren / Stellingen Zelfevaluatie

1.1.1

Het instituut draagt er zorg voor dat er een goede, recente missie en visie (bijstelling) op de opleiding is en dat deze gedragen wordt door belanghebbenden.

* Aandachtspunten

- Is de visie actueel? (niet ouder dan 5 jaar)
- In hoeverre zijn belanghebbenden als medewerkers, opleiders en aios meegenomen in de ontwikkeling van de missie en visie?
- In hoeverre zijn interne en externe ontwikkelingen meegenomen in de visie?
- In hoeverre herkennen medewerkers de visie in de dagelijkse gang van zaken (in projecten, onderwijs, op brochures)?

Thema 1.2 Systematiek (kwaliteits)beleid

De ambities van een instituut staan gepresenteerd 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 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.

De missie en visie zijn daarmee het uitgangspunt voor de organisatiedoelstellingen en het beleid van de opleiding, en de wijze waarop het kwaliteitsbeleid het bereiken van de organisatiedoelstellingen ondersteunt. Managementbeslissingen worden in relatie tot de visie en de daaruit voortvloeiende organisatiedoelstellingen genomen. 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.

Bij het opzetten van een kwaliteitsstructuur kunnen kwaliteitsmodellen als die van het Instituut Nederlandse Kwaliteit (INK) (Ahaus en Diepman, 2010) of de Balanced Score Card (BSC) (Ahaus en Diepman, 2010) ondersteunend zijn. De operationalisering van deze modellen heeft haar vorm gekregen in de GEAR systematiek. Deze modellen faciliteren tevens het zicht op de (verbeter-) projecten die worden ingezet om de organisatiedoelstellingen te realiseren.

Een veelgebruikte systematiek voor het kwaliteitsbeleid is de PDCA-cirkel van Deming (Deming, 1950), dat het continu verbeteren in de organisatie bevordert. PDCA staat voor Plan, Do, Check, Act. De kwaliteitscirkel wordt toegepast om de effectiviteit van processen te bevorderen, waaronder het besturingsproces van de organisatie. In het besturingsproces - dat bestaat uit het opstellen van missie en visie, het vertalen daarvan in doelstellingen en beleid, het uitvoeren van dit beleid, het checken of de uitvoering effectief is en het op basis van die check aanpassen van doelstellingen en beleid - herkennen we de PDCA-cyclus. In het kwaliteitsbeleid wordt vastgelegd hoe de kwaliteit van alle belangrijke processen in de organisatie wordt geborgd, mogelijk met hulp van de PDCA-cyclus.

Ook voor GEAR is gekozen voor de PDCA-cyclus als onderliggend model, hoewel er inmiddels vernieuwende verbetermethodieken uit dit model zijn voortgekomen (zoals LEAN, ontwikkeld in Japan door Toyota, en Six Sigma, ontstaan binnen Motorola in de jaren tachtig). Deze methoden zijn de laatste jaren ook binnen de zorg en het onderwijs in opkomst.

Wat ook in het kwaliteitsbeleid wordt vastgelegd, is de wijze waarop de opleiding het continu verbeteren in de structuur heeft verankerd. In de governance structuur zijn verantwoordelijkheden en bevoegdheden op het hoogste niveau vastgelegd. Daarnaast kan binnen de organisatie bijvoorbeeld gewerkt worden met proceseigenaren, die een proces binnen de organisatie beheren en besturen en zo zorgen voor de borging van de kwaliteit van dat specifieke proces. Er kan gewerkt worden met tijdelijke projectteams, die veelal worden geformeerd voor het bereiken van een specifieke organisatiedoelstelling. Een andere mogelijkheid is het instellen van verbeterteams, vaak georganiseerd per afdeling, die zich richten op het oplossen van knelpunten en daarmee kort-cyclisch verbeteren.

GEAR en besturing van de opleiding

GEAR geeft een breed overzicht van de domeinen, processen en doelen binnen de opleiding en levert spiegelinformatie in de vorm van de zelfevaluatie, de audit en de eventuele benchmarking. Deelname aan GEAR kan voor de opleiding ondersteunend werken bij de uitvoering van (verbeter-)plannen en de uitwisseling van 'good practices'. GEAR is als evaluatie- en auditinstrument echter niet vervangend voor het eigen kwaliteitssysteem.

* Indicatoren / Stellingen Zelfevaluatie

1.2.1

De visie is leidend voor organisatiedoelen, kwaliteitsdoelen en beleid.

* Aandachtspunten

- Welke rol speelt de strategische samenwerkingsagenda van Huisarts-opleiding Nederland in de plannen?
- Hoe merken wij dat de visie wordt bijgesteld n.a.v. actuele ontwikkelingen?
- Hoe wordt ervoor gezorgd dat de visie wordt vertaald in organisatiedoelstellingen en beleid?
- Is duidelijk wie er verantwoordelijk is/zijn voor de vertaling van de visie naar organisatiedoelstellingen en beleid?

1.2.2

De visie is leidend voor managementbeslissingen.

* Aandachtspunten

- Hoe wordt er voor gezorgd dat de visie en/of de daaruit voortvloeiende organisatiedoelen als uitgangspunt worden gebruikt bij het nemen van managementbeslissingen?

1.2.3

Het instituut werkt systematisch aan continu verbeteren.

* Aandachtspunten

- Welke visie op kwaliteit hanteert het instituut en is deze bekend bij belanghebbenden?
- Is er voor een onderliggend kwaliteitsmodel of systematiek gekozen en waarom is voor deze gekozen?
- Hoe is het continu verbeteren in de organisatie verankerd?
- Hoe wordt continu verbeterd binnen processen – gericht op de uitkomsten van het proces maar ook op het verloop van het proces zelf?
- Hoe wordt de effectiviteit van het kwaliteitsbeleid gemeten en hoe wordt daarop geacteerd?

1.2.4

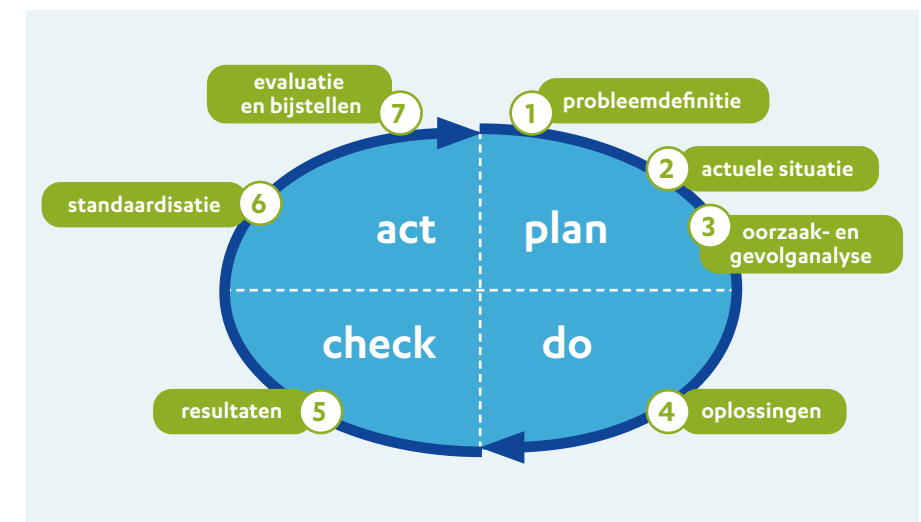
Het instituut zorgt voor een duidelijke prioriteitenstelling met betrekking tot de verbeteragenda en bewaart het overzicht over de (verbeter) projecten die worden gestart.

* Aandachtspunten

- Volgens welke systematiek worden plannen geprioriteerd?
- Hoe zorgt het instituut dat er overzicht is van de (verbeter)projecten waaraan wordt gewerkt?
- Is helder wie dit overzicht bewaakt, en hoe dit gebeurt?

Thema 1.3 Systematiek uitvoering (verbeter)projecten

Een belangrijk onderdeel van het kwaliteitsbeleid is de uitvoering van (verbeter) projecten, door projectteams of verbeterteams. Het systematisch gebruik van de eerdergenoemde kwaliteitscirkel van Deming, zoals in onderstaand figuur weergegeven, is ondersteunend bij de bewaking van de realisatie van (verbeter) projecten en (kwaliteitsplannen). 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 (Specific, Measurable, Acceptable, Realistic and Time-bound). Deze formats ondersteunen bij het formuleren van consistente plannen waarvan helder is welke resultaten er wanneer te verwachten zijn.



FIGUUR 4: DEMING-CIRKEL (PDCA)

Naast systematisch gebruik van een kwaliteitscirkel, is duidelijkheid over organisatie van belang. Voor elk verbeterproject dient een (direct) verantwoordelijke medewerker te zijn, die kan worden aangesproken op de voortgang en op het resultaat.

Idealiter wordt gewerkt met een team waarin alle betrokkenen zijn vertegenwoordigd. Een dergelijke werkwijze verhoogt de betrokkenheid van medewerkers en beschermt tegen eenzijdig top-down denken.

Het is aan te bevelen de eindverantwoordelijkheid voor een project dan wel voor een programma dat uit meerdere projecten kan bestaan, bij een lid van het MT in de rol van opdrachtgever te beleggen. De uitvoerende taken kunnen worden gedelegeerd. Het management heeft daarmee een belangrijke initiërende en inspirerende taak in de planfase, om te mobiliseren, in de uitvoeringsfase, om de bereikte resultaten te waarderen en om vervolgens te reflecteren over wat het resultaat betekent in relatie tot de te bereiken doelen.

Taken kunnen binnen dit 'raamwerk' dus prima gedelegeerd worden, maar niet de uiteindelijke systeemverantwoordelijkheid.

* Indicatoren / Stellingen Zelfevaluatie

1.3.1

Het instituut bewaakt dat verbeterprojecten (kwaliteitsplannen) de volledige kwaliteitscirkel doorlopen.

* Aandachtspunten

- Is duidelijk wie de verantwoordelijke is voor een verbeterproject en wie de opdrachtgever is van het project?
- Hoe ondersteunt de opdrachtgever de taakhouder?
- Hoe zorgt men ervoor dat in verbeterprojecten de perspectieven van relevante betrokkenen worden meegenomen?
- Worden verbeterprojecten zo opgesteld dat het gebruik van de kwaliteitscirkel ondersteunend werkt (wordt bijvoorbeeld gebruik gemaakt van een DART en/of SMART format)?
- Hoe wordt omgegaan met projecten die uitlopen en/of niet de gewenste resultaten geven?
- Hoe wordt ervoor gezorgd dat de resultaten ook daadwerkelijk worden geïmplementeerd/geborgd?

Thema 1.4 Communicatie (kwaliteits)beleid

Goede communicatie is een voorwaarde voor het creëren van het gevoel van gezamenlijkheid en draagvlak. Het betreft actieve communicatie over de missie en visie en over de realisatie van het beleid. Hierdoor krijgen betrokkenen de mogelijkheid om (kritisch) mee te denken en om hun eigen werk in groter perspectief te zien, en zo bij te dragen aan de missie en visie.

Om de uitwerking van beleid goed te kunnen inschatten en het contact met de werkvloer niet te verliezen is het voor een opleiding ook van belang actief informatie te zoeken bij medewerkers, opleiders en aios. Dit kan door middel van overleggen en/of meer gestructureerde raadplegingen. Hierbij is terugkoppeling van bevindingen en eventueel ondernomen acties onontbeerlijk voor de motivatie van de geraadpleegden.

* Indicatoren / Stellingen Zelfevaluatie

1.4.1

De verschillende belanghebbenden worden geïnformeerd over visie, beleid en de implementatie hiervan.

* Aandachtspunten

- Hoe en op welke aspecten
 - visie
 - beleid
 - implementatie(plan) van beleid
 - voortgang (verbeter)projectenworden de verschillende groepen geïnformeerd?
- Is de communicatie naar belanghebbenden een vast onderdeel van implementatieplannen?

1.4.2

De verschillende belanghebbenden worden gestimuleerd om samen te werken aan het bereiken van de organisatiedoelstellingen.

* Aandachtspunten

- Hoe worden de verschillende belanghebbenden gestimuleerd om samen te werken aan het bereiken van de organisatiedoelstellingen?

1.4.3

Het instituut zorgt dat belanghebbenden worden geraadpleegd over verschillende aspecten van het beleid en koppelt ondernomen acties terug.

* Aandachtspunten

- Hoe worden medewerkers geraadpleegd en op welke gebieden?
- Hoe worden aios geraadpleegd en op welke gebieden?
- Hoe worden opleiders geraadpleegd en op welke gebieden?
- Worden op grond hiervan acties ondernomen?
- Hoe worden bevindingen en acties teruggekoppeld aan betrokkenen?

Thema 1.5 Kwaliteitscultuur

Onder andere door medewerkers bekend te maken met het kwaliteitsbeleid, ze te betrekken bij het kwaliteitsbeleid en ze mede verantwoordelijk te maken voor de uitwerking van de organisatiedoelen, kan worden gewerkt aan een kwaliteitscultuur. 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 zijn of haar 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 (high performance) cultuur is dat het managementteam als rolmodel fungeert door het kwaliteitsdenken uit te dragen en voortdurende verbetering en vernieuwing te stimuleren.

* Indicatoren / Stellingen Zelfevaluatie

1.5.1

In de opleiding heerst een kwaliteitscultuur.

* Aandachtspunten

- Waardoor kenmerkt deze kwaliteitscultuur zich en hoe verhoudt de kwaliteitscultuur van het instituut zich tot de kernwaarden van Woods?
- Hoe uit deze kwaliteitscultuur zich in concreet beleid en in de uitvoering van processen? Hoe uit het zich in gedrag?
- In hoeverre strekt de kwaliteitscultuur zich uit tot medewerkers, aios en opleiders?

* 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 activiteiten die aan de aios worden aangeboden om de opleidingsdoelen van de huisartsopleiding te bereiken.

Binnen het curriculum is er voor een deel ruimte voor eigen individuele invulling door de aios (LOP, 2016). Ten tijde van actualiseren van dit domein (maart 2021), wordt gewerkt aan de evaluatie van curriculum en LOP. De resultaten hiervan zijn nog niet meegenomen.

Opleidingsactiviteiten vinden plaats in de praktijk, op de terugkomdag en door zelfstudie. Het opleidingsinstituut verzorgt de opleidingsactiviteiten op de terugkomdag en geeft sturing en ondersteuning aan de aios en (stage) opleider bij opleidingsactiviteiten in de praktijk. Belangrijke opleidingsactiviteiten zijn bijvoorbeeld: leergesprekken en feedback in de praktijk, praktijkopdrachten en onderwijs binnen de 7 competentiegebieden en de thema's.

Inhoud en afbakening

Een curriculum omvat verschillende aspecten die met elkaar samenhangen: de inhoud of leerdoelen, de leeractiviteiten, de rollen van de opleiders en docenten, toetsing en beoordeling, en ook de omgeving waarin het leren plaatsvindt. In GEAR is ervoor gekozen om leeromgeving en toetsing en beoordeling als aparte domeinen op te nemen.

De inhoud van het domein Curriculum is onderverdeeld in acht thema's.

Thema's Curriculum	
2.1	Inhoud van het curriculum
2.2	EBM geïntegreerd in het curriculum
2.3	Samenhang binnen het curriculum
2.4	Opleidingsactiviteiten
2.5	Individualisering van de opleiding
2.6	Wetenschappelijk onderzoek aios
2.7	Expertise staf en opleiders
2.8	Kwaliteitsbewaking en innovatie van onderwijs

Gehanteerde definities

Curriculum
Onderwijsprogramma van de totale opleiding. Het onderwijsprogramma omvat de doelen van de opleiding, de inhoud, de <i>opleidingsactiviteiten</i> die worden ingezet en de tijdsperiode waarin deze gerealiseerd dienen te worden.
Opleidingsactiviteiten
Alle activiteiten die gestructureerd, programmatisch aan de aios worden aangeboden om de beoogde opleidingsdoelen en eindkwalificaties van de huisartsopleiding te bereiken.
Leerlijn
Geeft de opbouw in een bepaald thema weer, daaronder vallen de opleidingsactiviteiten en de onderwijsprogramma's binnen dat thema.
Onderwijsprogramma
Een lesplan met leerdoelen, tijdsplanning en de werkvormen.

Thema 2.1 Inhoud van het curriculum

De eindkwalificaties of opleidingsdoelen van de huisartsopleiding zijn landelijk vastgesteld: ze zijn beschreven in zeven competentiegebieden. Ook voor de inhoud van de opleiding is een landelijk kader beschikbaar: het Landelijk Opleidingsplan onderscheidt 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. Het instituut realiseert een curriculum dat de aios in staat stelt om aan het eind van de opleiding daadwerkelijk aan de eindkwalificaties te voldoen.

* Indicatoren / Stellingen Zelfevaluatie

2.1.1

We nemen gefundeerde besluiten over de inhoud van het curriculum.

* Aandachtspunten

- Hoe maken we keuzes over waar en wat geleerd moet worden (praktijk, terugkomdag en zelfstudie)?
- Wie betrekken we in deze besluitvorming en op welke manier?
- Hoe communiceren we besluiten naar betrokkenen (docenten, opleiders en aios)?
- Hoe controleren we of de inhoud voldoet aan het LOP (Landelijk Opleidingsplan)?
- Hoe borgen we de actualiteit?
- Hoe hebben we de aios- en/of opleidersparticipatie geregeld?

Thema 2.2 EBM geïntegreerd in het curriculum

Het curriculum dient zo vormgegeven te worden dat competenties en eindtermen op het gebied van kennis en wetenschap vanaf het begin van de opleiding worden onderwezen, getraind en getoetst.

Het betreft hier de vraag in hoeverre het belang van evidence-based medicine (EBM) en de consequenties daarvan voor het dagelijks handelen in de opleiding worden benadrukt. Het betreft hierbij de attitude ten opzichte van EBM en de mate waarin dit wordt gebruikt om het onderwijs binnen de opleidingen vorm te geven.

Hierbij wordt uitgegaan van de volgende definitie van EBM:

“Het zorgvuldig, expliciet en oordeelkundig gebruik van het huidige beste bewijsmateriaal om beslissingen te nemen voor individuele patiënten. Dit impliceert het integreren van individuele klinische expertise met het beste externe bewijsmateriaal vanuit systematisch onderzoek en de voorkeuren, wensen en verwachtingen van de patiënt.” (Uit: Offringa M. et al. Inleiding in evidence-based medicine. Bohn, Sfleu van Loghum, Houten 2008)

Een tweede vraag is of aiOS voldoende kennis en vaardigheden aangereikt krijgen om evidence-based medicine te kunnen toepassen in het onderwijs en in de praktijk. Het onderwijs om kennis en vaardigheden hierbij aan te leren bestaat uit het opstellen van een PICO, het zoeken in evidence-based bronnen, het oefenen van critical appraisal en hoe het bewijs is toe te passen op individuele patiënten in de huisartspraktijk. Ook komt expliciet de definitie van EBM aan de orde.

Alle onderwijsprogramma's zijn voor zover mogelijk evidence-based. Dat wil zeggen dat zo veel mogelijk duidelijk moet zijn welke gegeven informatie berust op evidence, wat berust op ervaring van de docent, of wat bijvoorbeeld gaat over niet-reguliere behandelingen of zienswijzen. Docenten zijn zichzelf hiervan bewust en kunnen dat ook met de aiOS bediscussiëren.

Het document Competentieprofiel en Eindtermen van de Huisarts (CHO, 6 oktober 2009) beschrijft het competentieprofiel van de huisarts en de eindtermen waaraan een aiOS aan het eind van de opleiding dient te voldoen. Een onderdeel van het competentieprofiel is competentiegebied 6: Kennis en

wetenschap. Dit competentiegebied omvat het verwerven, toepassen en overdragen van wetenschappelijke kennis en van gemeenschappelijke en gesystematiseerde ervaringskennis. De principes van EBM vormen hierbij de kern. Het competentiegebied bestaat uit drie competenties en vijf eindtermen. Een opleidingsinstituut dient deze competenties en eindtermen te vertalen in een passend EBM-onderwijsaanbod.

* Indicatoren / Stellingen Zelfevaluatie

2.2.1

EBM is integraal onderdeel van het curriculum in elk van de drie jaren.

* Aandachtspunten

- Is in elk jaar, bij elk onderdeel van het curriculum ruimte voor discussie over evidence, conflicterende richtlijnen, gebrek aan evidence en toepassing bij eigen handelen?

2.2.2

Alle stappen van evidence-based handelen (van klinische vraag tot toepassing in de praktijk) worden in het curriculum aangereikt.

* Aandachtspunten

- Worden de EBM-vaardigheden die nodig zijn voor alle stappen van het evidence-based handelen, getraind, ook samen met de opleider in de praktijk.
- Is er ruimte voor discussie over het gebruik van de richtlijn, welke evidence is er en hoe je beleid te bepalen als er geen evidence is?

Thema 2.3 Samenhang binnen het curriculum

Het opleidingsinstituut bewaakt de samenhang in het curriculum als geheel. Het instituut zorgt voor samenhang tussen de verschillende opleidingsonderdelen. Bijvoorbeeld tussen: het leren in de praktijk en het cursorisch onderwijs; de afzonderlijke onderwijsprogramma's/ modules; de opleidingsjaren; de opleidingsperiodes (de opleidingsperioden in de huisartspraktijk en de stages) en tussen het landelijk onderwijs en lokale opleidingsactiviteiten. Een manier om inhoudelijke samenhang in het curriculum te realiseren – en versnippering te vermijden – is het ordenen van inhoud in doorlopende leerlijnen, met een opbouw in complexiteit.

* Indicatoren / Stellingen Zelfevaluatie

2.3.1

Het is voor onze aios, opleiders en docenten inzichtelijk wat waar en hoe geleerd kan worden en wat de samenhang tussen de verschillende onderdelen is.

* Aandachtspunten

- Hoe ziet onze ordening van het curriculum eruit? Wat leren onze aios waar, hoe en wanneer?
- Hoe bewaken we de samenhang tussen de verschillende onderdelen? Hoe stemmen de verschillende betrokkenen onderling af?
- Hoe maken we de samenhang inzichtelijk voor onze aios, opleiders en docenten?

Thema 2.4 Opleidingsactiviteiten

Het curriculum omvat opleidingsactiviteiten op het instituut (onderwijs en toetsing) en in de opleidingspraktijk (praktijkopdrachten, leergesprekken, toetsing). Opleidingsactiviteiten worden zorgvuldig gekozen, gebaseerd op de beoogde opleidingsdoelen en de context waarin geleerd wordt (opleidingspraktijk, stage, huisartsenpost, instituut). Het instituut ondersteunt de aios en opleider bij opleidingsactiviteiten in de praktijk. Het instituut bewaakt de kwaliteit van het curriculum.

Waar nodig worden de opleidingsdoelen en inhoud geactualiseerd zodat de opleiding de aios optimaal voorbereidt, in de volle breedte van het vak. Ook relevante onderwijskundige inzichten en ontwikkelingen zoals (optimaliseren van werkplekleren, aanleren van vaardigheden, blended learning, didactiek, leren reflecteren, professionele ontwikkeling) worden bijgehouden en praktisch vertaald naar de opleiding.

Het betreft zogenoemde evidence-based education.

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

* Indicatoren / Stellingen Zelfevaluatie

2.4.1

We kiezen opleidingsactiviteiten die passen bij de beoogde doelen.

* Aandachtspunten

- Hoe kiezen we onze opleidingsactiviteiten? Hoe zorgen we ervoor dat deze goed passen bij de beoogde doelen? Hoe onderbouwen we deze keuze?
- Hoe zorgen we voor een opbouw in complexiteit (i.e. moeilijkheidsgraad) gedurende de opleiding?
- Wie zijn betrokken bij de keuze voor opleidingsactiviteiten?
- Zijn er opleidingsthema's of doelen waarvoor het moeilijk is om passende opleidingsactiviteiten te vinden? Zitten daar verschillen tussen opleidingspraktijken en hoe gaan we hiermee om?

Thema 2.5 Individualisering van de opleiding

De opleiding sluit aan op de ontwikkeling en de individuele leerbehoefte van de aios. Zowel de opleidingspraktijken en stages als het onderwijs op het instituut bieden ruimte voor eigen invulling door de aios, op basis van individuele leer-vragen, voorkeuren, talenten en ambities

* Indicatoren / Stellingen Zelfevaluatie

2.5.1

Onze aios hebben de mogelijkheid om eigen invulling te geven aan hun opleiding.

* Aandachtspunten

- Hoe stimuleren we onze aios om eigen invulling te geven aan hun opleiding? Welke mogelijkheden bieden we ze en hoe communiceren we deze mogelijkheden?
- Hoe bieden we met keuzeprogramma's, differentiaties aan – passend bij de interesses, talenten en ambities en lacunes van de aios? Hoe begeleiden we onze aios bij het maken van keuzes?
- Hoe bieden we in reguliere onderwijsprogramma's en modules ruimte voor eigen invulling door onze aios en docenten?

2.5.2

De aios die hiervoor in aanmerking komen maken gebruik van de mogelijkheden tot vrijstelling.

* Aandachtspunten

- Hoe zorgen we ervoor dat de procedure voor het aanvragen van vrijstellingen duidelijk is voor de aios en stafleden
- Hoe zorgen we ervoor dat ons hoofd aanvragen voor vrijstelling kan beoordelen- en de aard en duur van de opleidingsverkorting kan bepalen, een en ander ook in relatie tot landelijk vrijstellingsbeleid?

Thema 2.6 Wetenschappelijk onderzoek aios

Dit thema betreft de vraag in hoeverre aios gebruik kunnen maken van een aanbod voor wetenschappelijk onderzoek als stage gedurende een aaneengesloten periode of als differentiatie en hierin gestimuleerd worden. Het doen van wetenschappelijk onderzoek geeft aios de mogelijkheid om hun competenties op het gebied van kennis en wetenschap te verdiepen en/of te verbreden. Wetenschapsdifferentiatie zou voor elke aios mogelijk moeten zijn. Ook buiten de differentiaties zouden aios een bijdrage kunnen leveren aan de academische vorming.

* Indicatoren / Stellingen Zelfevaluatie

2.6.1

Aios kunnen gebruikmaken van een aanbod voor wetenschappelijk onderzoek als stage of differentiatie.

* Aandachtspunten

- Zijn er beoordelingscriteria waaraan een stage of differentiatie moet voldoen?
- Stimuleert de opleiding aios om onderzoek te presenteren en/of publiceren?
- Wordt er, waar zinvol, samengewerkt met andere opleidingen?

2.6.2

Aios krijgen ook buiten stage of onderzoek de mogelijkheid bij te dragen aan academische vorming.

* Aandachtspunten

- Welke mogelijkheden worden geboden?
- Hoe worden aios gestimuleerd om van de mogelijkheden gebruik te maken?

Thema 2.7 Expertise staf en opleiders

Het curriculum en de afzonderlijke onderwijsprogramma's worden ontwikkeld en uitgevoerd door gekwalificeerde stafleden: inhoudelijk én onderwijskundig. Stafleden met een ontwikkeltaak zijn ingewerkt en kennen de basisprincipes van onderwijsontwikkeling en didactiek, waarbij het formuleren van leerdoelen, kiezen van geschikte inhoud op academisch niveau en opleidingsactiviteiten (terugkomdag en praktijk), vormgeven van een consistente opbouw en samenhang en systematische evaluatie ervan. Onderwijsontwikkelaars scholen zich in de benodigde competenties (competentieprofiel docent CHVG). Het instituut heeft een duidelijk beleid ten aanzien van de benodigde expertise en deskundigheidsbevordering van onderwijsontwikkelaars.

Bijzondere aandacht vraagt het zorgen dat de inhoud wordt aangeboden op academisch niveau. Hoe zorgt de opleiding dat docentprofessionalisering aansluit bij deze opdracht? Daarbij zijn de principes van evidence-based education (EBE) en evidence-based medicine (EBM) onderliggend, eventueel gefaciliteerd met gerichte EBM-cursussen voor opleiders en docenten.

* Indicatoren / Stellingen Zelfevaluatie

2.7.1

Onze onderwijsontwikkelaars zijn toegerust om onderwijs systematisch te ontwikkelen.

* Aandachtspunten

- Wie ontwikkelt ons onderwijs en op basis waarvan selecteren wij onze onderwijsontwikkelaars?
- Hoe zorgen ontwikkelaars ervoor dat zij onderwijs systematisch ontwikkelen?
- Maken we gebruik van onderzoeksresultaten gegenereerd door Onderzoek naar Onderwijs?
- Hoe zorgen wij ervoor dat de onderwijsontwikkelaars evidence-based ontwikkelen (inhoudelijk en didactisch) en aangeven wat de level of evidence is waarop het programma is gebaseerd?
- Hoe ondersteunen we onze onderwijsontwikkelaars? Wat is ons beleid t.a.v. deskundigheidsbevordering?
- Hoe zorgen wij ervoor dat onze ontwikkelaars periodiek worden bijgeschoold in EBM en EBE?
- Hoe evalueren we ons beleid t.a.v. deskundigheid en deskundigheidsbevordering?

2.7.2

Onze opleiders en docenten hebben de benodigde competenties om aios op te leiden.

* Aandachtspunten

- Hoe zorgen we ervoor dat het voor onze opleiders en docenten duidelijk is wat van hen wordt verwacht?
- Hoe zorgen we ervoor dat we bij vernieuwingen in het curriculum benoemen wat dit betekent voor de rol en benodigde expertise van opleiders en docenten?
- Hoe krijgen we inzicht in de competenties en stellen we scholingsbehoeften voor opleiders en het docententeam vast?
- Hoe zorgen we ervoor dat scholing voor opleiders en docenten aansluit en leidt tot verbetering?
- Hoe zorgen wij ervoor dat de docenten zich bewust zijn van de level of evidence waarop een onderwijsprogramma is gebaseerd?
- Hoe zorgen wij ervoor dat onze docenten periodiek worden bijgeschoold in EBM en EBE?

Thema 2.8 Kwaliteitsbewaking en innovatie van het onderwijs

Het instituut werkt planmatig aan onderwijsverbetering en -vernieuwing.

* Indicatoren / Stellingen Zelfevaluatie

2.8.1

Ons curriculum wordt door ons planmatig geëvalueerd en verbeterd.

* Aandachtspunten

- Hoe evalueren we of onze aios daadwerkelijk de opleidingsdoelen bereiken?
- Hoe zorgen we ervoor dat ons curriculum up-to-date is, aansluit op ontwikkelingen in de zorg, en onze aios goed voorbereid zijn op het vak? En dat het curriculum wordt aangepast aan de laatste inhoudelijke (evidence-based) inzichten?
- Hoe zorgen we dat de opleiding gebaseerd is op de relevante onderwijskundige inzichten?
- Hoe zorgen we ervoor dat het curriculum geëvalueerd wordt en dat dit leidt tot verbeteringen waar nodig in onze organisatie?

* DOMEIN 3

Leeromgeving

Inleiding

Als huisartsopleiding willen we de aios een stimulerende leeromgeving bieden die de aios de mogelijkheid biedt om de benodigde competenties te verwerven en die de ruimte biedt om een eigen koers te bepalen en volgen. Het leren in de beroepspraktijk staat centraal in de huisartsopleiding. De beroepspraktijk is van zichzelf een leeromgeving die de motivatie om te leren bevordert en waarin het leren voor een groot deel vanzelf gaat¹. Echter, voor een optimale en veelzijdige ontwikkeling van de aios is het ook van belang om systematiek aan te brengen in het leren. Begeleiding is hierbij cruciaal: de leeromgeving wordt nog krachtiger als aios en opleiders samen benoemen wat de aios al beheerst en wat nog niet en er samen actief voor zorgen dat de aios dit daadwerkelijk leert. De tien thema's en KBA's zijn hierbij zowel uitgangspunt, omdat ze de competenties beschrijven, als hulpmiddel omdat ze helpen duidelijk te maken wat de aios moet kunnen en om te beoordelen waar de aios staat. ([Landelijk Opleidingsplan, 2016](#)).

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.

Thema's Leeromgeving	
3.1	Leermogelijkheden in de opleidingspraktijk
3.2	Begeleiding bij het leren in de opleidingspraktijk
3.3	Leermogelijkheden in de stages
3.4	Begeleiding bij het leren in de stages
3.5	Leermogelijkheden op de huisartsenpost
3.6	Begeleiding bij het leren op de huisartsenpost
3.7	Wetenschappelijk klimaat

Gehanteerde definities

Leeromgeving
De leermogelijkheden in de huisartspraktijk, de stages en de huisartsenpost en de begeleiding bij het leren in deze drie omgevingen.

Thema 3.1 Leermogelijkheden in de opleidingspraktijk

Het opleidingsinstituut en de opleiders zorgen ervoor dat de aios in de praktijk zo veel mogelijk leerzame activiteiten kan uitvoeren. Deze leerzame activiteiten zijn gericht op het verwerven van de huisartsgeneeskundige competenties, aan de hand van opleidingsthema's en KBA's. Om in een praktijk terecht te komen die past bij de leerwensen/doelen van een aios, is het van belang dat de aios een actueel overzicht heeft van wat de opleidingspraktijk als leerwerk omgeving te bieden heeft d.m.v. het LeerWerkPlan. In de koppeling wordt rekening gehouden met de leerbehoeftes van de aios. Daarnaast is het van belang dat de opleidingspraktijk zorgt voor een goede kwaliteit van de leeromgeving. De huisartsopleiders zijn verantwoordelijk voor de kwaliteit van de leerplek en bewaken deze samen met het instituut, met behulp van de kwaliteitscyclus, gebaseerd op zelfevaluatie, praktijkbezoeken en evaluaties door de aios.

* Indicatoren / Stellingen Zelfevaluatie

3.1.1

We houden in de toewijzing van de opleidingsplaatsen rekening met de voorkeuren en leerdoelen van onze aios.

* Aandachtspunten

- Hoe zorgen we ervoor dat de aios op de hoogte zijn van wat de opleidingspraktijken aan leermogelijkheden te bieden hebben? Welke rol spelen KBA's en competentiegericht opleiden in het verhelderend van deze leermogelijkheden?
- Hoe zorgen we ervoor dat de matching op leerdoelen zo optimaal mogelijk is?

3.1.2

Aios, opleiders en docenten organiseren samen dat de aios de benodigde leerzame activiteiten kan uitvoeren.

* Aandachtspunten

- Hoe houden docent en opleider er zicht op of de aios voldoende (diverse) patiënten ziet binnen de tien thema's en voldoende ervaring op kan doen met voor de aios 'leerzame' KBA's?
- En hoe werken zij hiervoor samen?
- Hoe gaan opleidingspraktijken om met thema's waar zij als praktijk minder te bieden hebben?
- Hoe zorgen opleiders ervoor dat zij hun hele team betrekken en inzetten bij de opleiding van de aios?
- Hoe zorgen we voor een academisch niveau, volgens de principes van EBM en EBE?

3.1.3

We evalueren en verbeteren de kwaliteit van de opleidingspraktijken op planmatige wijze.

* Aandachtspunten

- Hoe houden we als huisartsopleiding zicht op de kwaliteit van de opleidingsplekken?
- Hoe zorgen we voor een academisch niveau, volgens de principes van EBM en EBE?
- Hoe evalueren we de kwaliteit van de opleidingspraktijken op planmatige wijze en zien toe op verbetering van die praktijken?
- Hoe betrekken we aios daarbij?
- Hoe hebben we de kwaliteitsbewaking ingebed in de organisatie, zijn er eindverantwoordelijken (stafleden) die dit in hun takenpakket hebben? Wat is hun taakomschrijving?
- Hoe zorgen we ervoor dat er een veilig leerklimaat heerst, waarin de aios optimaal kan leren?

Thema 3.2 Begeleiding bij het leren in de opleidingspraktijk

Bij het begeleiden van de aios in de opleidingspraktijk is het van belang dat zowel de opleider als het instituut de aios voldoende stimulans, houvast en ondersteuning geven bij het uitzetten van de koers, het uitvoeren van de plannen en het vaststellen wanneer doelen behaald zijn. Dit betekent dat ze in staat moeten zijn tot het geven van feedup (het ondersteunen van de aios bij in het in kaart brengen wat er verwacht wordt), feedback (het ondersteunen van de aios bij het bepalen waar deze staat t.o.v. die verwachtingen) en feedforward (het ondersteunen van de aios bij het in kaart brengen wat er moet gebeuren). Leergesprekken, observaties, het IOP en de KBA's zijn hierin belangrijke hulpmiddelen.

* Indicatoren / Stellingen Zelfevaluatie

3.2.1

De docenten en de opleider begeleiden de aios optimaal bij het opstellen en realiseren van leerdoelen.

* Aandachtspunten

- Hoe faciliteert het opleidingsinstituut de opleiders in hun opleidingstaken?
- Hoe zorgen we dat opleiders voldoende geschoold zijn op een academisch niveau, volgens de principes van EBM en EBE?
- Hoe begeleiden docent en opleider de aios bij het opstellen en realiseren van leerdoelen?
- Welke rol spelen de opleidingsthema's en KBA's in het opstellen en realiseren van de leerdoelen?
- Hoe verloopt de samenwerking tussen opleider-docent-aios en hoe wordt eraan gewerkt om de onderlinge samenwerking te optimaliseren?
- Verloopt het opleiden vanuit een gezamenlijke visie, met aandacht voor EBM en EBE principes?

3.2.2

Het instituutsonderwijs faciliteert het leren op de werkplek.

* Aandachtspunten

- Hoe verloopt de communicatie met opleiders gericht op de aansluiting tussen leren in de praktijk en op het instituut?
- Hoe houden wij de opleider op de hoogte van de opleidingsdoelen en het curriculum?

Thema 3.3 Leermogelijkheden in de stages

De stagepraktijk en de stageopleiders zorgen ervoor dat de aios in de praktijk zoveel mogelijk leerzame activiteiten kan uitvoeren. Deze leerzame activiteiten zijn gericht op het verwerven van de huisartsgeneeskundige competenties, aan de hand van opleidingsthema's en KBA's. Om in een stagepraktijk terecht te komen die past bij de leerwensen/doelen van een aios, is het van belang dat de aios een actueel overzicht heeft van wat de verschillende stages als leerwerk omgeving te bieden hebben. Stagepraktijken beschrijven de specifieke mogelijkheden in het StageLeerWerkPlan. In de koppeling wordt rekening gehouden met de leerbehoeften van de aios. Daarnaast is het van belang dat de stagepraktijk zorgt voor een goede kwaliteit van de leeromgeving. Het instituut bewaakt de kwaliteit van de leerwerkplek, onder andere met behulp van praktijkbezoeken en evaluaties door de aios.

* Indicatoren / Stellingen Zelfevaluatie

3.3.1

Wij houden in de toewijzing van de opleidingsplaatsen rekening met de voorkeuren en leerdoelen van de aios.

* Aandachtspunten

- Hoe zorgen we ervoor dat de aios op de hoogte zijn van wat de stagepraktijken aan leermogelijkheden te bieden hebben? Welke rol spelen KBA's in het verhelderen van deze leermogelijkheden?
- In hoeverre wordt gebruik gemaakt van de mogelijkheid om de GGZ en/of de chronische stage in de huisartsenpraktijk te doen en welke criteria hanteren we om aios op dergelijke stageplekken te plaatsen?
- Hoe zorgen we ervoor dat de matching zo optimaal mogelijk is en met welke aspecten houden we daarin wel en geen rekening?

3.3.2

Aios, stagebegeleiders¹ en docenten organiseren samen dat de aios leerzame activiteiten kan uitvoeren.

* Aandachtspunten

- Hoe zorgen we ervoor dat de stagebegeleiders en de aios voldoende op de hoogte zijn van de algemene (huisartsgeneeskundige) opleidingsdoelen van de stages/de KBA's die van toepassing zijn op de stages?
- Hoe ondersteunen we de aios bij het ontwikkelen en formuleren van leerdoelen passend bij hun ambities?
- Hoe wordt ervoor gezorgd dat de aios voldoende (diverse) leerzame activiteiten kan uitvoeren?
- Welke rol spelen de teams rond de stageopleiders/stagebegeleiders bij de de opleiding van aios?

3.3.3

We evalueren en verbeteren de kwaliteit van de stagepraktijken op planmatige wijze.

* Aandachtspunten

- Hoe houden we zicht op de kwaliteit van de stageplek en stimuleren we systematische verbetering? Hoe worden aios erbij betrokken?
- Hoe hebben we de kwaliteitsbewaking ingebed in de organisatie, zijn er eindverantwoordelijken (stafleden) die dit in hun takenpakket hebben? Wat is hun taakomschrijving?
- Hoe zorgen we ervoor dat er een veilig leerklimaat heerst, waarin de aios optimaal kan leren?

¹ Omdat bij de stages de opleider niet altijd dezelfde persoon is als de stagebegeleider wordt als het over begeleiding op de stages gaat, de term stagebegeleider gebruikt.

Thema 3.4 Begeleiding bij het leren in de stages

Bij het begeleiden van de aios in de stagepraktijk is het van belang dat zowel de stagebegeleider als het instituut, de aios voldoende stimulans, houvast en ondersteuning geeft bij het uitzetten van de koers, het uitvoeren van de plannen en het vaststellen wanneer doelen behaald zijn. Dit betekent dat ze in staat moeten zijn tot het geven van feedback, feedup en feedforward. Leergesprekken, observaties, het IOP, KPB's en de KBA's zijn hierin belangrijke hulpmiddelen.

* Indicatoren / Stellingen Zelfevaluatie

3.4.1

Stageopleider/stagebegeleider en docent begeleiden de aios optimaal bij het opstellen en realiseren van leerdoelen.

* Aandachtspunten

- Hoe ondersteunen we als opleidingsinstituut stageopleiders/stagebegeleiders in specifieke begeleidingstaken?
- Hoe begeleiden docent en stageopleider/stagebegeleider de aios bij het opstellen en realiseren van leerdoelen? Welke rol spelen de opleidings-thema's en KBA's in het opstellen en realiseren van de leerdoelen?
- Hoe stimuleert de docent dat de beoogde doelen van leergesprekken worden bereikt?
- Hoe verloopt de samenwerking tussen stageopleider/stagebegeleider-docent-aios en hoe wordt er aan gewerkt om de samenwerking te optimaliseren?

3.4.2

Het instituutsonderwijs ondersteunt het leren op de werkplek.

* Aandachtspunten

- Hoe verloopt de communicatie met stageopleiders/ stagebegeleiders gericht op de aansluiting tussen leren in de praktijk en op het instituut? Hoe houden wij de opleider/begeleider op de hoogte van de opleidingsdoelen en het curriculum?
- In hoeverre hebben de stageopleider en de docent zicht op het psychisch welbevinden van de aios?

Thema 3.5 Leermogelijkheden bij het dienstdoen op de post

Ook de huisartsenpost is een belangrijke leeromgeving binnen de huisartsopleiding. De aios doet zowel in het eerste als in het derde jaar minimaal twintig diensten op de huisartsenpost onder begeleiding van de opleider met als doel zelfstandig diensten te kunnen doen als consultarts, visitearts en telefoonarts. De post biedt de gelegenheid en zorgt samen met de opleider en de aios dat de aios leerzame activiteiten kan uitvoeren zonder dat de patiëntveiligheid in het geding komt.

* Indicatoren / Stellingen Zelfevaluatie

3.5.1

Aios, opleiders en docenten zorgen ervoor dat de aios leerzame activiteiten kan uitvoeren.

* Aandachtspunten

- Hoe wordt ervoor gezorgd dat de aios voldoende en voldoende gespreide diensten kan doen gespecificeerd naar de drie rollen? Hoe behaalt de aios de gestelde opleidingsdoelen?
- Hoe dragen we er zorg voor dat de aios binnen de diensten een dusdanige patiëntenpopulatie ziet dat hij zijn leerdoelen kan verwezenlijken?

3.5.2

We borgen de kwaliteit van posten conform de Leidraad Dienstdoen.

* Aandachtspunten

- Hoe zorgen we ervoor dat de taken en verantwoordelijkheden van respectievelijk aios, opleider, opleidingsinstituut en (de medewerkers van de) huisartsenpost duidelijk zijn?
- Hoe houden we vanuit het instituut zicht op de kwaliteit van de voorzieningen en van de leermogelijkheden in de huisartsenposten? Betrekken we daar aios en opleider bij?
- Is er een eindverantwoordelijke binnen het instituut? Wat is de bijbehorende taakomschrijving?
- Hoe ondersteunen opleidingen aios die te maken hebben met klachten, incidenten of calamiteiten op de post?
- Hoe ziet de kwaliteitscyclus hierbij uit?

- Hoe ondersteunen we opleiders met het werken op de verschillende niveaus van supervisie, het beoordelen van de aios en het gebruik van bekwaamheidsverklaringen.
- Hoe wordt de patiëntveiligheid geborgd?
- Wat is de rol van de opleidingscoördinatoren op de post en hoe ondersteunen we die vanuit het instituut?
- Hoe zorgen we ervoor dat de 'Introductie op de post' een goede voorbereiding is voor de aios op het dienstdoen?
- Hoe zorgen we ervoor dat er een veilig leerklimaat heerst, waarin de aios optimaal kan leren?

Thema 3.6 Begeleiding bij het leren bij het dienstdoen op de post

De opleider en het instituut begeleiden de aios bij het dienstdoen op de post. De (waarnemend) opleider helpt de aios bij opstellen en uitvoeren van een IOP m.b.v. leergesprekken en toetsing. Hiervoor kan de opleider verschillende middelen gebruiken.

* Indicatoren / Stellingen Zelfevaluatie

3.6.1

De (waarnemend) begeleider op de post en de docent (instituut) geven de aios systematische feedback en begeleiding.

* Aandachtspunten

- Hoe wordt de aios ondersteund in het opstellen en uitvoeren van het IOP (krijgen zij voldoende leergesprekken, wat is de rol van thema's en KBA's)?
- Wordt de aios voldoende geobserveerd?
- Hoe worden de aios getoetst m.b.t. hun vorderingen in het leerproces en het behalen van de doelen? Wat is de rol van de thema's en KBA's hierin?
- Hoe is de rolverdeling tussen de opleider en het instituut en de (medewerkers op de) post?

3.6.2

Het instituutsonderwijs faciliteert het leren op de post.

* Aandachtspunten

- Hoe verloopt de communicatie met opleiders gericht op de aansluiting tussen het leren op de post en op het instituut?
- Hoe houden wij de opleider op de hoogte van de opleidingsdoelen en het curriculum?

Thema 3.7 Wetenschappelijk klimaat

Een positief wetenschappelijk klimaat is onontbeerlijk voor het gewenste academische niveau. Aios, docenten en opleiders zijn geïnformeerd over en soms ook betrokken bij relevante wetenschappelijke activiteiten van het instituut. Het instituut zet onderzoekers en andere experts in om het academisch niveau van het onderwijs te verhogen. Het opleidingsinstituut stimuleert aios om wetenschappelijk onderzoek te doen of om een bijdrage te leveren aan wetenschappelijk onderzoek.

* Indicatoren / Stellingen Zelfevaluatie

3.7.1

Het instituut betreft aios, docenten en opleiders bij wetenschappelijke activiteiten.

* Aandachtspunten

- Welke wetenschappelijke activiteiten worden door het instituut onderkend?
- Hoe worden aios, docenten en opleiders hierover geïnformeerd en gestimuleerd tot deelname?
- Op welke manier worden aios ondersteund bij het zelf meemaken van de onderzoekskant van het beroep?
- Hoe worden aios betrokken bij wetenschappelijk onderzoek in huisartspraktijken?

3.7.2

Promovendi en onderzoekers worden betrokken bij onderwijsontwikkeling en -uitvoering.

* Aandachtspunten

- Op welke manier worden onderzoekers betrokken bij onderwijs?

3.7.3

De opleider vervult een belangrijke taak in het onderwijs van EBM.

* Aandachtspunten

- Op welke wijze laat de opleider EBM met alle drie de elementen in de leergesprekken aan de orde komen?

* DOMEIN 4

Toetsing & Beoordeling

Inleiding

Tijdens de huisartsopleiding stimuleren we de aios om continu feedback te vragen, oftewel om zich te laten 'toetsen'. Toetsen is in het Landelijk Toetsplan (2019) gedefinieerd als het verzamelen van informatie over de competentieontwikkeling van de aios met behulp van toetsinstrumenten. 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 de volgende stap(pen) in de ontwikkeling te bepalen en te realiseren. Opleiders en docenten gebruiken de verzamelde informatie om hun aios goed te kunnen begeleiden en op vooraf vastgestelde formele momenten te bepalen of hun aios op niveau is (beoordelen).

Inhoud en afbakening

Toetsing & beoordeling is een belangrijk onderdeel van het curriculum van de huisartsopleiding. In GEAR is er daarom voor gekozen om dit als apart domein op te nemen. De inhoud van domein toetsing & beoordeling is onderverdeeld in drie thema's.

Thema's Toetsing & Beoordeling

4.1	Vormgeving toetsprogramma
4.2	Kwaliteitsbewaking en planmatige verbetering
4.3	Samenwerking tussen opleiders, docenten en hoofd t.b.v. begeleiden, beoordelen en voortgangsbeslissing

Gehanteerde definities

De definities zijn letterlijk overgenomen uit het Landelijk Toetsplan 2019.

Beoordelen

Op basis van de verzamelde informatie bepalen of de aios voldoende voortgang boekt en/of de aios aan de gestelde normen voldoet.

Toetsen

Het verzamelen van informatie over het leren en de competentieontwikkeling van de aios met het doel dit leren te kunnen (bij)sturen en plannen en goed te kunnen begeleiden en om op vaste momenten onderbouwd de voortgang te kunnen beoordelen.

Toetsinstrument

Hulpmiddel om tot feedback en/of beoordeling van prestaties van de aios te komen.

Thema 4.1 Vormgeving toetsprogramma

Het opleidingsinstituut beschrijft in haar zogenoemde 'toetsprogramma' hoe getoetst en beoordeeld wordt en vanuit welke visie en met welk doel dit zo gebeurt. Niet alle acht opleidingen gebruiken de term 'toetsprogramma'; ook gebruikt worden 'Lokaal Toetsplan' en 'Procedure Toetsing en Beoordeling'. Het toetsprogramma is een concrete lokale uitwerking van het Landelijk Toetsplan (2019).

Het biedt praktische handvatten bij zowel het (begeleiden van) leren, als het komen tot een goed oordeel over het functioneren en de ontwikkeling van de aios. Gerichte feedback n.a.v. observaties in de praktijk of de terugkomdag zijn betekenisvol voor het leren.

Leidraad bij het vragen en geven van feedback zijn de volgende drie vragen:

- Waar wil ik naartoe/wat wordt er van mij verwacht?
Wat zijn criteria voor goede huisartsgeneeskundige zorg? ('feedup')
- Waar sta ik nu? ('feedback')
- Welke stappen ga ik nemen om verder te komen? ('feedforward')

De docenten en (stage)opleider ondersteunen de aios bij het beantwoorden van deze vragen. Het competentieprofiel en het overzicht van opleidingsthema's en KBA's zijn hulpmiddelen hierbij.

Toetsen is een belangrijke 'leeractiviteit' tijdens de terugkomdagen en vindt zowel ongepland plaats (informeel) als meer ingebed en georganiseerd (formeel).

Een voorbeeld van ongeplande toetsing is als een docent een groepje aios beluistert bij het uitvoeren van een taak en ter plekke feedback geeft. Vormen van georganiseerd toetsen zijn toetsen als LHK, APC toets of praktijkopdrachten (en het bespreken van de resultaten hiervan). In het kader van programmatisch toetsen zijn alle toetsen (datapunten) functioneel en van informatieve waarde.

* Indicatoren / Stellingen Zelfevaluatie

4.1.1

Het is voor onze aios, opleiders en docenten inzichtelijk hoe en door wie vanuit welke rol de aios wordt getoetst en beoordeeld en vanuit welke visie en met welk doel dit zo gebeurt.

* Aandachtspunten

- Wat is onze lokale visie op toetsing?
- Hoe zorgen we ervoor dat alle betrokkenen weten hoe de aios wordt getoetst en beoordeeld en met welk doel dit zo gebeurt?
- Hoe ondersteunt onze manier van toetsen het zelfsturend leren?
- Hoe draagt onze manier van toetsen eraan bij dat de aios leert om zijn/haar eigen functioneren kritisch te analyseren en zich blijvend door te ontwikkelen?
- Hoe draagt onze manier van toetsen bij aan een gefundeerd oordeel over het functioneren op alle competentiegebieden en de ontwikkeling van de aios daarin?

4.1.2

Ons toetsprogramma biedt onze aios, opleiders en docenten houvast bij zowel het ondersteunen van het leren als het beoordelen van het niveau van de aios.

* Aandachtspunten

- Hoe zorgen we ervoor dat ons toetsprogramma praktische handvatten biedt voor het verzamelen van relevante informatie, het (systematisch) geven van (narratieve) feedback en het stimuleren van leren en reflectie?
- Hoe ondersteunen we de betrokkenen hierin?
- Hoe expliciteren we wanneer wat wordt getoetst en beheerst moet worden op welk niveau?

4.1.3

Toetsing is verankerd in ons terugkomdagonderwijs.

* Aandachtspunten

- Hoe zorgen onze docenten ervoor dat zij tijdens het onderwijs inzicht krijgen in het competentieniveau van de aios en dit ook terugkoppelen aan de aios?
- Hoe zorgen onze docenten ervoor dat zij regelmatig feedback geven aan de aios? Hoe zorgen we ervoor dat onze docenten zijn voorbereid op hun rol in dezen? Hoe zorgen we ervoor dat zij praktische handvatten krijgen aangeboden?

Thema 4.2 Kwaliteitsbewaking en planmatige verbetering

Het instituut bewaakt de kwaliteit van de toetsing en beoordeling. Zij evalueert systematisch de visie op toetsing, het toetsprogramma en de uitvoering en opbrengsten van toetsing en beoordeling.

* Indicatoren / Stellingen Zelfevaluatie

4.2.1

Ons toetsprogramma en de uitvoering hiervan wordt door ons planmatig geëvalueerd en verder verbeterd.

* Aandachtspunten

- Hoe zorgen we ervoor dat we zicht hebben op de manier waarop aios, opleiders, docenten en ons hoofd in de praktijk omgaat met toetsing?
- Hoe evalueren we het toetsprogramma en de uitvoering hiervan? Hoe is dit ingebed in de organisatie? Welke aspecten evalueren we? Wie en hoe wordt de PDCA-cyclus t.a.v. de toetsevaluaties gehanteerd? Hoe communiceren we over de uitkomsten naar de betrokkenen?
- Wordt er meegewerkt aan onderzoek naar toetsing?

Thema 4.3 Samenwerking tussen opleiders, docenten en hoofd t.b.v. begeleiding, beoordeling en voortgangsbepaling

Tijdens de opleiding zijn er vaste momenten voor beoordeling: minimaal drie voortgangsgesprekken per jaar (Landelijk Toetsplan, 2019).

In de voortgangsgesprekken maakt de aios, samen met de opleider en/of de docent, de balans op over de competentieontwikkeling van de aios, aan de hand van het competentieprofiel en de tien opleidingsthema's en specifieke KBA's.

De informatie en feedback (incl. toetsresultaten) die door de aios wordt verzameld in het e-portfolio worden geaggregeerd in de ComBeL (Competentie-BeoordelingsLijst) en als onderlegger gebruikt voor de voortgangsgesprekken.

Op basis van deze gesprekken stelt de aios zijn leerdoelen/individuele opleidingsplan op of bij voor de daarop volgende maanden. De ComBeL maakt deel uit van de onderbouwing van het voortgangsadvies aan het hoofd van de opleiding.

Het hoofd baseert hier vervolgens zijn voortgangsbepaling op.

* Indicatoren / Stellingen Zelfevaluatie

4.3.1

Onze aios ontvangen samenhangende feedback van hun opleiders en docenten.

* Aandachtspunten

- Hoe werken opleiders en docenten samen om samenhangende feedback te geven en het leren van de aios te stimuleren?
- Hoe werken docenten en opleiders samen en hoe gaan we om met eventuele meningsverschillen tussen verschillende beoordelaars?
Hoe gaan we om met eventuele tegenstrijdigheden in de beschikbare informatie?

4.3.2

Onze opleiders, docenten en het hoofd zijn toegerust om informatie uit verschillende bronnen te combineren ten behoeve van beoordeling of voortgangsbepaling.

* Aandachtspunten

- Hoe gebruiken aios, opleiders en docenten het portfolio als informatiebron en praktisch hulpmiddel bij (de begeleiding van) het leren?
- Hoe gebruiken aios, opleiders en docenten de ComBeL?
- Hoe zorgen wij ervoor dat alle beoordelaars voldoende beoordelaars-expertise hebben?
- Krijgen docenten op **alle** competentiegebieden inzicht in het niveau van de aios? Hoe komt de docent aan informatie en hoe beoordeelt de docent deze?
- Hoe zorgen we ervoor dat stagnaties in de voortgang tijdig opgemerkt en vervolgd worden? (Wat is het beleid/de procedure? Wie doet wat? Hoe zorgen we voor heldere en transparante informatie bij een onvoldoende beoordeling?)
- Hoe zorgen we ervoor het hoofd een onderbouwde voortgangsbepaling kan nemen?

* DOMEIN 5

Organisatie, Management & Medewerkers

Inleiding

Dit domein gaat over de organisatie, het management en de medewerkers van het instituut. Organisatie gaat over de structuur, het uitvoeren van de verbeteragenda, processen en verdeling van taken binnen het instituut. Alsmede over samenwerking met derden en de communicatie. Management betreft de visie op leidinggeven en competenties van het management. Medewerkers gaat over de werving, ontwikkeling en tevredenheid van alle mensen betrokken bij de huisartsopleiding.

Dit domein beschrijft, samen met domein 1 'Visie & Kwaliteitsbeleid', de randvoorwaarden, die ingevuld moeten worden, om de kerndomeinen (curriculum, leeromgeving, toetsing & beoordeling) succesvol uit te kunnen voeren.

Organisatie

Het instituut coördineert de opleiding en verzorgt het cursorisch onderwijs (met uitzondering van het landelijk onderwijs). De centrale vraag is hoe het instituut zodanig ingericht kan worden dat het bereikt wat het wil bereiken op een zo efficiënt mogelijke manier. Wat het instituut wil bereiken staat beschreven in de visie. De concrete vertaling hiervan zijn de organisatiedoelstellingen per jaar, die samen de verbeteragenda bepalen.

In dit domein wordt nagegaan welke keuzes en afwegingen ten grondslag liggen aan het ontwerp en de inrichting van het instituut. Er wordt gekeken naar onderwerpen als organisatiestructuur en –processen, de besluitvorming, communicatie, het management, de ondersteuning en de plaats van het instituut in de omgeving.

Verder wordt gekeken naar de consolidatie en daadwerkelijke implementatie van het ontwerp en de inrichting. Onder meer door na te gaan welke zaken zijn vastgelegd.

Management

Indicatoren betreffen de visie op leidinggeven, beschikbaarheid en faciliteiten van management en ontwikkeling van het management.

Medewerkers

Met 'medewerkers' worden alle betrokkenen bedoeld, die samen de kwaliteit van de opleiding bepalen. Het zijn het hoofd, de (stage)opleiders, ondersteuners, docenten, managers, stafleden met een coördinerende functie en overige medewerkers zoals beleidsmedewerkers, onderwijskundigen, onderzoekers en secretariaatsmedewerkers.

Een belangrijk uitgangspunt bij het beleid naar medewerkers is, dat naarmate medewerkers en (stage)opleiders beter ingezet kunnen worden, de organisatie meer kwaliteit levert.

Hiervoor is zicht nodig op de benodigde en de aanwezige competenties, kennis, kunde en ervaring van in relatie tot de verschillende taken en functies binnen de opleiding en de individuele ambities van medewerkers. Werving, selectie en scholing van alle medewerkers kan dan gericht plaatsvinden.

Verder fungeren de competentieprofielen van de verschillende functies als norm bij het zicht houden op het (dis)functioneren van (stage)opleiders en medewerkers.

Tijdens jaar- of functioneringsgesprekken wordt hierover gesproken met opleiders (en in mindere mate met stageopleiders) en medewerkers. Ook de individuele competentieontwikkeling komt dan aan bod. Voor de competentieontwikkeling worden (stage)opleiders en medewerkers begeleid op de werkvloer en/of worden ze in de gelegenheid gesteld om bij- en nascholing te volgen. Het creëren van mogelijkheden voor professionele ontwikkeling draagt bij aan de tevredenheid van (stage)opleiders en medewerkers. Professionals die tevreden zijn in hun werk en voldoende vrijheid ervaren, presteren ook beter. Het monitoren van tevredenheid en het opvolgen van de resultaten is daarom belangrijk.

Inhoud en afbakening

De inhoud van het ondersteunende domein 'Organisatie, Management & Medewerkers' bestaat uit 12 thema's.

Thema's Organisatie, Management & Medewerkers	
Organisatie:	
5.1	Ontwerp van de organisatie
5.2	Vertaling naar de praktijk
5.3	Besluitvorming
5.4	Samenwerkingspartijen
5.5	Communicatie
Management:	
5.6	Management
Medewerkers:	
5.7	Voldoende en continue bezetting
5.8	Kwaliteitscriteria voor selectie
5.9	Monitoring en beoordeling van functioneren
5.10	Leren door scholing en begeleiding
5.11	Professionele ontwikkeling door het dagelijks werk
5.12	Tevredenheid van (stage)opleiders en medewerkers

Gehanteerde definities

Instituut

Organisatie (al dan niet verspreid over meerdere locaties) die verantwoordelijk is voor de opleiding, deze coördineert en zorg draagt voor de uitvoering van het (cursorisch) onderwijs verzorgt.

(Organisatie)doelstellingen

Concrete en meetbare vertaling van de visie.

Medewerker

Hoofd, (stage)opleidersondersteuners, (externe) docenten, managers, stafleden met een coördinerende functie en alle overige medewerkers zoals beleidsmedewerkers, onderwijskundigen, onderzoekers en secretariaat.

ORGANISATIE

Thema 5.1 Ontwerp van de organisatie

Een instituut streeft naar het bereiken van de organisatiedoelstellingen. Belangrijke hulpmiddelen hierbij zijn de organisatiestructuur en de inrichting van de processen.

Structuur

In een organisatiestructuur zijn de verschillende taken en verantwoordelijkheden van medewerkers vastgelegd. Dit wordt weergegeven in een organogram. Hierin zijn ook de diverse vaste teams, zoals bijvoorbeeld het management, zichtbaar. Projectgroepen (tijdelijke werkgroepen), zijn meestal niet weergegeven in een organogram. Deze projectgroepen worden opgericht voor het bereiken van een specifiek doel binnen een vastgestelde periode. Door het tijdelijke karakter en de specifieke opdracht is flexibiliteit bij de oprichting, afronding en de plaats van de projectgroep binnen de organisatie nodig.

Hoe het instituut is ingebed binnen de vakgroep Huisartsgeneeskunde van een UMC, maakt ook onderdeel uit van de organisatiestructuur. In een Governance code 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.

Processen

Binnen het instituut vinden meerdere (werk)processen plaats, op verschillende niveaus. Voorbeelden van processen zijn:

- toetsing en beoordeling;
- onderwijsontwikkeling;
- uitvoering HR beleid;

Processen dienen afgestemd te zijn op het realiseren van de organisatiedoelstellingen. De onderlinge afstemming tussen betrokkenen is belangrijk voor een goed verloop van het proces en het opleveren van de gewenste uitkomsten. De informatie die betrokkenen nodig hebben voor de gezamenlijke uitvoering van een proces is vaak vastgelegd in een informatiesysteem. Denk bijvoorbeeld aan een roosterprogramma, Family of het digitaal portfolio.

* Indicatoren / Stellingen Zelfevaluatie

5.1.1

De kaders voor de inrichting en uitvoering van de besturing en het interne toezicht op het instituut zijn vastgelegd.

* Aandachtspunten

- Is er een goede governance structuur die het instituut in staat stelt om de organisatiedoelstellingen te bereiken?

5.1.2

De doelstellingen van het instituut zijn bepalend voor het ontwerp van de organisatiestructuur.

* Aandachtspunten

- Hoe is de organisatie gestructureerd en georganiseerd, wat werkt, wat is duidelijk, wat werkt minder goed of niet?
- Zijn de vaste samenwerkingsgroepen (teams, commissies) bekend?
- Hoe is dit eventueel vormgegeven in het organogram?
- Waaruit blijkt dat de organisatiestructuur wordt geëvalueerd?
- Zijn er de afgelopen periode nog aanpassingen geweest?
- Op basis waarvan zijn deze aanpassingen tot stand gekomen?
- Wie zijn daarbij betrokken?

5.1.3

Het instituut heeft zicht op de verschillende processen.

* Aandachtspunten

- In welke mate sluiten de processen aan bij de doelstellingen?
- Hoe zijn de belangrijke processen vastgelegd en hoe worden deze gemonitord?
- Welke processen zijn (nog) niet helder in beeld en welke acties zouden hierop ondernomen moeten worden?
- Is bij veranderingen of na besluitvorming duidelijk welke processen aangepast moeten worden? Hoe vindt het aanpassen plaats?

Thema 5.2 Vertaling naar de praktijk

De ambities van een instituut staan gepresenteerd 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. In het eerste thema van domein 1 staat uitgebreid de totstandkoming en de functie van een visie beschreven. De visie wordt vertaald in concrete en meetbare organisatiedoelstellingen. Voor iedere doelstelling wordt een strategie – de manier waarop het instituut de doelstelling wil bereiken – bepaald. Een instituut hanteert bijvoorbeeld een andere strategie om EBM in het onderwijs te integreren, dan voor het realiseren van voldoende opleiders voor de opleiding.

De organisatiedoelstellingen bepalen samen de verbeteragenda van het instituut. Voor het uitvoeren van de verbeteragenda worden vaak projectteams ingericht. De systematiek die wordt gehanteerd bij de uitvoering van verbeterprojecten komt in domein 1 aan de orde. Het instituut dient ervoor te zorgen dat projectteams en verbeterteams zodanig worden ondersteund dat zij hun doel kunnen bereiken.

* Indicatoren / Stellingen Zelfevaluatie

5.2.1

Om de doelstellingen van het instituut te realiseren worden passende strategieën gehanteerd.

* Aandachtspunten

- Hoe zijn strategieën en visie uitgewerkt en hoe worden medewerkers daarbij betrokken? Zijn strategieën bijvoorbeeld vastgelegd in een jaarplan, beleidsplan, verbeterplan?
- Is de vertaling van strategie naar operatie voldoende concreet? Zijn de jaarplannen uitgewerkt in concrete en herkenbare projecten?
- Is er aandacht voor de middellange en lange termijn in de strategie?
- Welke strategie heeft in de afgelopen periode gewerkt en welke heeft niet het verwachte resultaat opgeleverd?

5.2.2

Het instituut faciliteert de uitvoering van (verbeter) projecten.

* Aandachtspunten

- Worden projectgroepen en concrete projecten genoemd in het jaarplan/jaarverslag?
- Wordt bij (verbeter)projecten tevoren een inschatting gemaakt m.b.t. impact/schaal?
- Is het doel van iedere projectgroep duidelijk en/of vastgelegd, bijvoorbeeld in een jaarplan/-verslag van de groep of een projectplan?
- Stelt het instituut verantwoordelijken (opdrachtgevers) aan voor de uitvoering van (verbeter)projecten en hebben deze het mandaat om beslissingen te nemen?
- Stelt het instituut voldoende FTE beschikbaar om de (verbeter)projecten uit te voeren?
- Zijn de betrokken mensen voldoende geëquipeerd?
- Stelt het instituut voldoende middelen ter beschikking om de (verbeter)projecten uit te voeren?

Thema 5.3 Besluitvorming

Besluiten worden genomen op alle niveaus binnen het instituut. Strategische beslissingen gaan over de koers of het meerjarenplan van een instituut. Tactische besluiten faciliteren de uitvoering van strategische besluiten. Operationele beslissingen gaan over concrete activiteiten binnen een instituut. De bevoegdheid voor het nemen van een beslissing hangt samen met verantwoordelijkheidsverdeling en de specifieke functie van een medewerker. Er kan altijd maar één iemand (eind)verantwoordelijk zijn. Dat wil niet zeggen dat diegene ook -al- het werk moet doen. Vaak zijn medewerkers taakhouder. Taken en bevoegdheden kunnen wel pluriform belegd zijn. Een medewerker kan bijvoorbeeld individueel bevoegd zijn, maar ook gezamenlijk met collega's. Denk hierbij aan een bevoegdheid voor alle leden van een team. Wanneer een medewerker niet bevoegd is voor het nemen van een bepaalde beslissing, bestaat de mogelijkheid om via inspraak een besluit te beïnvloeden.

* Indicatoren / Stellingen Zelfevaluatie

5.3.1

Het instituut heeft de beslissingsbevoegdheden van de instituuts-medewerkers en teams helder.

* Aandachtspunten

- In welke mate zijn de Verantwoordelijkheden, Taken en Bevoegdheden (VTB's) vastgelegd? Zo ja, hoe?
- In welke mate zijn VTB's bekend bij teams en bij medewerkers? Is het bijvoorbeeld een bespreekpunt tijdens de inwerkperiode of tijdens een functioneringsgesprek? Is het makkelijk vindbaar?
- Worden de beslissingsbevoegdheden geëvalueerd? Zo ja, op basis waarvan? Hoe wordt opvolging gegeven aan de uitkomsten van de evaluatie?

Thema 5.4 Samenwerkingspartijen

Voor de totstandkoming van de opleiding werkt het instituut samen met andere partijen. Belangrijke samenwerkingspartijen voor een instituut zijn de zogenaamde ketenpartners: de partijen die leveren aan of afnemen van het instituut. De 'leverancier' van een instituut is de opleiding geneeskunde, zij leveren aios aan.

De 'afnemer' is de maatschappij: burgers maken gebruik van de diensten van de huisarts. Ook aios zijn als gebruiker van de opleiding afnemer van het instituut. De LOVAH is als vertegenwoordiging van de aios daarom een samenwerkingspartij van het instituut.

De inbedding van het instituut binnen de vakgroep Huisartsgeneeskunde van een UMC, evenals de samenwerking van de acht huisartsopleidingen binnen Huisartsopleiding Nederland, wordt in dit domein ook gerekend tot de omgeving van het instituut.

Andere samenwerkingspartijen die zich bevinden in de omgeving van het instituut zijn bijvoorbeeld de SBOH, LHOV, CGS, RGS, alumni, LHV, NHG, Huisartsopleiding Nederland en andere medische specialismen.

Een belangrijk onderdeel van de samenwerking bestaat uit het kennen van de mening, wensen en ideeën van de verschillende samenwerkingspartijen teneinde kansen en bedreigingen voor het eigen instituut helder te hebben.

* Indicatoren / Stellingen Zelfevaluatie

5.4.1

Het instituut onderhoudt met de relevante samenwerkingspartijen een professionele relatie.

* Aandachtspunten

- Hoe ziet de samenwerking eruit tussen de verschillende instituten? Hoe vindt afstemming plaats over gemeenschappelijke thema's bijv. landelijk onderwijs?
- Met welke partijen onderhoudt het instituut een relatie, zowel binnen het UMC als daarbuiten?
- Hoe wordt de relatie onderhouden? Hoe vindt de onderlinge afstemming en/of samenwerking plaats?

5.4.2

Samenwerkingspartijen worden actief betrokken bij ontwikkelingen van het instituut.

* Aandachtspunten

- Hoe worden de samenwerkingspartijen betrokken bij de ontwikkelingen? Waaruit blijkt dat?
- Zijn er samenwerkingsverbanden actief waarin het instituut participeert (inclusief samenwerking met de onderzoeksafdeling(en))? Op welke manier zijn de samenwerkingsverbanden geformaliseerd? Hoe dragen deze samenwerkingsverbanden bij aan het realiseren van de organisatie-doelstellingen?

Thema 5.5 Communicatie

Onderlinge afstemming binnen het instituut is nodig voor medewerkers om de eigen taak adequaat uit te voeren. Communicatie vindt plaats door directe en indirecte interactie tussen medewerkers. Voorbeelden van indirecte communicatie zijn e-mail, memo's en nieuwsbrieven. Verder verloopt de communicatie formeel of informeel. Formele communicatie is gepland en systematisch en voorbeelden van informele communicatie zijn een borrel en een gezamenlijke lunch. Informatievoorziening vindt ook plaats via digitale omgevingen. Voor een goed gebruik hiervan is bekendheid en toegankelijkheid essentieel.

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

* Indicatoren / Stellingen Zelfevaluatie

5.5.1
Onderlinge afstemming binnen het instituut vindt adequaat plaats.

* Aandachtspunten

- Hoe is de onderlinge afstemming binnen het instituut geregeld? Heeft het instituut in beeld hoe dit verloopt?
- Hoe is bij het inrichten van de communicatielijnen rekening gehouden met de effectiviteit ervan?
- Kun je een aantal voorbeelden laten zien waar je trots op bent?

5.5.2
Het instituut stimuleert informele interactie tussen medewerkers.

* Aandachtspunten

- Hoe wordt het gestimuleerd/gefaciliteerd?

5.5.3
Het instituut heeft effectieve externe communicatie.

* Aandachtspunten

- Hoe verloopt de externe communicatie? Zijn daar knelpunten in te benoemen?

MANAGEMENT

Thema 5.6 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 bereikt kunnen worden (tactisch/ operationeel niveau).

* Indicatoren / Stellingen Zelfevaluatie

5.6.1
Het management heeft een gedeelde visie op leidinggeven aan medewerkers van het instituut.

* Aandachtspunten

- Zo ja, welke visie? Is deze visie bekend bij medewerkers?
- Zo nee, waarom niet?

5.6.2
Leden van het management beschikken over de juiste randvoorwaarden – competenties, tijd, beslissingsbevoegdheid, financiën – om de functie naar behoren uit te voeren.

* Aandachtspunten

- Zijn er actuele taak- of functieomschrijvingen voor de managementleden?
- Is er een actuele taakomschrijving van het hoofd? Zijn gedelegeerde taken beschreven?
- In welke mate is er een helder beeld van de benodigde leiderschapsstijl en de daarbij behorende competenties?;
- Worden deze eisen ook meegenomen in de competentieprofielen en wordt het voldoen aan de eisen tussendoor ook gecheckt tijdens (jaar-) gesprekken?
- Is er een aanstellingsomvang bepaald voor de managementtaken? Is dit onderwerp van evaluatie?

- In welke mate wordt er door mensen werkdruk ervaren? Zo ja, welke maatregelen worden genomen?
- In welke mate heeft een lid van het management een eigen budget of heeft hij/zij bevoegdheid om financiële beslissingen te nemen?

5.6.3

Het management evalueert periodiek zijn functioneren en onderlinge samenwerking.

* Aandachtspunten

- In welke mate is de samenstelling van het management team nog adequaat?
- Hoe is de onderlinge samenwerking geregeld?
- Waarop wordt geëvalueerd? Wat gebeurt er met de uitkomsten van de evaluatie?

MEDEWERKERS

Thema 5.7 Voldoende en continue bezetting

Het doel van werving en selectie is zorgen voor voldoende continue bezetting en een zo goed mogelijke bezetting van opleiders, stageopleiders, docenten, managers en overige medewerkers. In dit thema wordt ingezoomd op voldoende en continue bezetting.

Voldoende, goede en continue bezetting vraagt om zicht op de benodigde functies nu en in de nabije toekomst. Daarbij is een adequate inschatting van het verloop, maar ook van het aanbod nodig. Op basis van de inschatting wordt wervingsbeleid per doelgroep ontwikkeld. Daarnaast kan voor specifieke functies een intern opleidingstraject worden uitgezet voor de doorstroming van medewerkers binnen de organisatie.

De indicator voor wervingsbeleid en de bijbehorende aandachtspunten zijn voor de verschillende rollen gelijk, en worden hieronder in één overzicht gepresenteerd.

* Indicatoren / Stellingen Zelfevaluatie

5.7.1

De opleiding draagt op systematische wijze zorg voor de werving van medewerkers uit de betreffende doelgroep.

Rollen zijn:

- Docenten;
- Managers;
- Overige medewerkers.

* Aandachtspunten

- Is er zicht op de benodigde bezetting van medewerkers in de betreffende rol voor de komende 3 jaar?
- Is er zicht op het te verwachten verloop? En op het aanbod?
- Hoe ziet het wervingsbeleid eruit, is het adequaat, en zo niet wordt het bijgesteld?
- Is de personele bezetting (verantwoordelijke en ondersteuning) bij de werving geregeld?
- In welke mate is PR materiaal beschikbaar om te werven, en wordt het gebruikt?

Thema 5.8 Kwaliteitscriteria voor selectie

Behalve voldoende medewerkers, zijn kwalitatief goede medewerkers van belang. Een opleiding bepaalt – binnen de CGS kaders – de criteria waaraan opleiders, stageopleiders, docenten, managers en overige medewerkers moeten voldoen. Deze criteria zijn meestal gebaseerd op competentieprofielen en/of taak- of functieomschrijvingen. Daarnaast kunnen er ook andere criteria een rol spelen, bijvoorbeeld die betrekking hebben op de samenstelling van een team of van het opleidersbestand.

Om de juiste personen te selecteren is het van belang een goed beeld te krijgen van de kandidaat in relatie tot de selectiecriteria die zijn opgesteld. Selectie-trainingen voor selecterend personeel en eventueel selectie-instrumentarium kunnen hierbij ondersteunen. Het verkregen inzicht in de kandidaat geeft ook een beeld van de toekomstige professionele ontwikkeling.

De indicator voor gebruik van selectiecriteria en de bijbehorende aandachtspunten zijn voor kandidaten voor de verschillende rollen gelijk, en worden hieronder in één overzicht gepresenteerd.

* Indicatoren / Stellingen Zelfevaluatie

5.8.1

Kandidaten worden geselecteerd op basis van specifieke criteria.

Het gaat om kandidaten voor de rol van:

- Opleider;
- Stageopleider;
- Docenten;
- Managers;
- Overige medewerkers.

* Aandachtspunten

- Zijn er actuele criteria waaraan een startende medewerker in deze rol moet voldoen (koppeling aan de visie)?
- Zijn er algemene criteria waaraan het bestand van medewerkers in deze rol als geheel moet voldoen (bijvoorbeeld attitude en/of ervaring in EBM)? Zijn deze criteria onderbouwd?
- In welke mate worden de criteria daadwerkelijk gebruikt voor de selectie? Als sprake is van schaarste, hoe wordt daarmee omgegaan?
- Is nagedacht over de selectiemethode en maakt men gebruik van verschillende methoden om een beeld te krijgen van de kandidaat in relatie tot de criteria?
- Wordt de selecterende staf getraind in het voeren van selectiegesprekken?

Thema 5.9 Monitoring en beoordeling van functioneren

De kwaliteit van de huisartsopleiding hangt nauw samen met het functioneren van (stage)opleiders, docenten, managers en overige medewerkers. Daarom wordt het functioneren van deze betrokkenen structureel gevolgd en beoordeeld.

Het competentieprofiel van een functie is de norm bij de beoordeling van de uitvoering van het takenpakket.

Vragen en ontvangen van feedback op het functioneren is een belangrijke stimulans voor professionele ontwikkeling. Zowel informeel als meer gestructureerd, met behulp van jaar-, functionerings-, of voortgangsgesprekken.

Meestal vindt de monitoring en een beoordeling plaats tijdens een jaargesprek en wordt het gecombineerd met het onderwerp professionele ontwikkeling (zie ook thema 5.11 Professionele ontwikkeling door het dagelijks werk) of met andere kwaliteitsdoelstellingen, zoals het evalueren van de werkplek. Bij de beoordeling wordt zoveel mogelijk gebruik gemaakt van relevante bronnen.

Als sprake is van disfunctioneren, ondanks pogingen om daar verbetering in te brengen, wordt een beoordelingstraject opgestart. Beëindiging van de overeenkomst of overplaatsing naar een andere, meer passende functie zijn mogelijke gevolgen van een beoordelingstraject.

De indicatoren voor monitoren verschillen per rol en zijn apart gepresenteerd. De indicator voor beoordelen van functioneren en de bijbehorende aandachtspunten zijn voor medewerkers in verschillende rollen gelijk, en worden hieronder in één overzicht gepresenteerd.

* Indicatoren / Stellingen Zelfevaluatie

5.9.1

Voortgangsgesprekken met opleiders leiden tot praktische afspraken over verdere competentieontwikkeling.

* Aandachtspunten

- Zijn voortgangsgesprekken expliciet gekoppeld aan scholingsthema's (Landelijk plan Scholing en toetsing) en/of het competentieprofiel?
- Wordt de ontwikkeling van de opleider besproken op basis van een 'portfolio', of concreet materiaal dat zicht geeft op ontwikkeling, bijvoorbeeld evaluaties door aios zoals de LEOh, overige feedback en producten uit scholing, opdrachten, genoteerde verbeterpunten?
- Worden in het gesprek concrete afspraken gemaakt over verdere competentieontwikkeling, ook op het gebied van EBM en evidence based education (EBE)?
- Hoe wordt vervolgens teruggekomen op deze afspraken? Hoe wordt gezorgd voor continuïteit?
- In welke mate is de frequentie van de gesprekken voor beginnende en gevorderde opleiders afgestemd op de RGS-eisen?

5.9.2

Gesprekken met stageopleiders leiden tot praktische afspraken over verdere ontwikkeling.

* Aandachtspunten

- Hoe wordt met stageopleiders geëvalueerd en hoe wordt er op vervolgafspraken teruggekomen?
- Hoe wordt de tevredenheid van de stageopleiders daarbij meegenomen?

5.9.3

Jaargesprekken met docenten leiden tot praktische afspraken over verdere competentieontwikkeling.

* Aandachtspunten

- Is er in de jaargesprekken expliciete aandacht voor voortgang t.a.v. het competentieprofiel van de docent/het specifieke takenpakket?
- Wordt deze ontwikkeling van de docent besproken op basis van een 'portfolio', of concreet materiaal dat zicht geeft op ontwikkeling, bijvoorbeeld evaluaties door aios, overige feedback en producten uit scholing, opdrachten, genoteerde verbeterpunten?

- Worden in het gesprek concrete afspraken gemaakt over verdere competentieontwikkeling, ook op het gebied van EBM en evidence based education (EBE)?
- Hoe wordt vervolgens teruggekomen op deze afspraken? Hoe wordt gezorgd voor continuïteit?

5.9.4

Jaargesprekken met leidinggevenden en overige medewerkers leiden tot praktische afspraken over verdere competentieontwikkeling.

* Aandachtspunten

- Wordt gebruik gemaakt van materiaal dat zicht geeft op ontwikkeling, bijvoorbeeld evaluaties en feedback, producten uit scholing, opdrachten, genoteerde verbeterpunten?
- Worden in het gesprek concrete afspraken gemaakt over verdere competentieontwikkeling (Individueel Opleidingsplan)?
- Hoe wordt vervolgens teruggekomen op deze afspraken? Hoe wordt gezorgd voor continuïteit?

5.9.5

Er is een heldere systematiek waarmee het functioneren van een medewerker in zijn/haar rol wordt beoordeeld in relatie tot het competentieprofiel en het takenpakket.

Het gaat om medewerkers in de rol van:

- Opleider;
- Stageopleider;
- Docenten;
- Managers;
- Overige medewerkers.

* Aandachtspunten

- Hoe krijgen medewerkers feedback op hun functioneren in hun rol? En hoe wordt dit gemonitord?
- In welke mate is het huidige systeem afdoende om zicht te houden op het individuele functioneren?

Thema 5.10 Leren door scholing en begeleiding

Medewerkers en (stage)opleiders volgen scholing die hen ondersteunt in hun takenpakket. Voor nieuwe opleiders en docenten geldt veelal dat zij een 'tweede vak' gaan leren, naast dat van huisarts of gedragswetenschapper. De scholing van beginnende opleiders en docenten is daarom gericht op het beheersen van de basiscompetenties op het gebied van vakdidactiek ('inductiefase'). Voor gevorderde en ervaren docenten en opleiders richt scholing zich op het verfijnen van de competenties en op gespecialiseerde rollen, zoals onderwijsontwikkelaar, 'train the trainer', leidinggevende en (vakdidactisch) onderzoeker.

* Indicatoren / Stellingen Zelfevaluatie

5.10.1

In onze scholing worden opleiders doelgericht getraind in het uitvoeren van hun taak als opleider.

* Aandachtspunten

- Hoe worden nieuwe opleiders ingewerkt en geschoold?
- Hoe komen de 6 thema's uit het landelijk scholingsplan aan bod?
- In welke mate is er expliciete aandacht voor kennis van EBM?
- Hoe wordt in de scholing georganiseerd dat opleiders persoonlijke feedback ontvangen op de scholingsthema's? (Denk aan feedback op oefeningen; praktijkopdrachten m.b.v. video-opnames).
- Geeft de scholing opleiders een duidelijk beeld van het niveau dat van hen wordt verwacht?
- Is er ruimte voor de persoonlijke (competentie)ontwikkeling en ambitie van de opleider en zo ja, op welke wijze?
- In welke mate wordt er gedifferentieerd tussen beginnende en ervaren opleiders?

5.10.2

Scholing voor stageopleiders ondersteunt hen in hun rol als stageopleider.

* Aandachtspunten

- Is er een competentieprofiel of omschrijving van het takenpakket voor stageopleiders?

- Is er een scholingsprogramma voor stageopleiders, waarin basale kennis en vaardigheden bij het opleiden van aiOS huisartsgeneeskunde aan bod komen?
- Hoe worden stageopleiders ondersteund door het instituut?
- Is er een eindverantwoordelijke voor de professionele ontwikkeling van stageopleiders?

5.10.3

Het docentprofessionaliserings-programma biedt docenten scholing en begeleiding op maat, passend bij de ontwikkelingsfase waarin zij zich bevinden (beginnend, gevorderd, ervaren, specialisatie).

* Aandachtspunten

- Is er een inwerkprogramma voor beginnende docenten? Hoe worden docenten na deze inwerkperiode begeleid tot zij de basiscompetenties bereiken (Inductiefase)?
- Hoe stelt het instituut scholingsbehoeften voor het hele docententeam vast? (Bijvoorbeeld uitgaande van de kenmerken van het curriculum en nieuwe ontwikkelingen hierin).
- Hoe ziet het lokale scholingsaanbod eruit? Wat zijn de doelstellingen?
- Hoe worden scholingsbehoeften van individuele docenten vastgesteld? Is er zowel aandacht voor door de docent gewenste scholing als voor door het instituut vereiste scholing? Hoe worden stafleden begeleid bij het formuleren van scholingsbehoeften en het maken van keuzes?
- Hoe wordt de ontwikkeling van docenten gemonitord? Hoe wordt gezorgd dat in de organisatie optimaal gebruik wordt gemaakt van wat individuele docenten hebben geleerd in scholing? Hoe wordt gestimuleerd dat nieuwe inzichten opgedaan in scholing daadwerkelijk kunnen worden toegepast in de praktijk?
- Is er een profiel waaraan docenten moeten voldoen?

5.10.4

Management/leidinggevenden en overige medewerkers volgen scholing die hen ondersteunt in het uitvoeren van hun takenpakket.

* Aandachtspunten

- Zijn er inwerkprogramma's voor management en overige medewerkers?
- Hoe stelt het instituut scholingsbehoeften voor het hele team vast? Hoe worden scholingsbehoeften van individuele overige medewerkers vastgesteld en uitgevoerd?

Thema 5.11 Professionele ontwikkeling door het dagelijks werk

Medewerkers en (stage)opleiders ontwikkelen zich deels vanzelf, door de vragen die het dagelijks werk oproept. Voor optimale professionele ontwikkeling is het echter van belang dat zij de gelegenheid krijgen om voor hen leerzame, uitdagende taken te doen en dat zij ondersteund worden bij voor hen nieuwe taken. Voor het leren als team is het van belang dat bij nieuwe ontwikkelingen in de opleiding wordt nagegaan wat hiervan de consequenties zijn voor de rol en benodigde expertise van de opleider, docent en overige medewerkers.

* Indicatoren / Stellingen Zelfevaluatie

5.11.1

Medewerkers krijgen de gelegenheid om leerzame, uitdagende activiteiten te doen.

* Aandachtspunten

- Hoe worden medewerkers ingewerkt in nieuwe activiteiten?
- Hoe krijgt het instituut zicht op ambities van medewerkers en (stage)opleiders? (t.a.v. bijvoorbeeld ontwikkelen van (wetenschappelijk) onderwijs, vakinhoudelijke expertiseontwikkeling, een coördinerende functie, onderzoek).
- Hoe stimuleert het instituut ambities bij resp. docenten, (stage)opleiders en overige medewerkers?

5.11.2

Bij nieuwe ontwikkelingen in de opleiding wordt nagegaan welke consequenties dit heeft voor de rol en benodigde expertise van docenten.

* Aandachtspunten

- Hoe worden nieuwe ontwikkelingen in de opleiding – zoals het aios-dashboard, nieuwe inhoudelijke inzichten (als verandering van een richtlijn), gebruik van blended-learning – vertaald naar consequenties voor de rol en expertise van docenten?
- Hoe worden kennis en vaardigheden op het gebied van EBM met bijbehorende competenties bijgehouden?
- Hoe wordt praktisch vormgegeven aan professionele ontwikkeling van het team gekoppeld aan veranderingen in het werk?

5.11.3

Er is een cultuur waarin medewerkers elkaar en anderen feedback vragen en geven op hun functioneren.

* Aandachtspunten

- Hoe en van wie krijgen medewerkers feedback op hun functioneren?
- Hoe en van wie krijgen docenten feedback op hun functioneren?
- Hoe geven zij een vervolg aan deze feedback?

Thema 5.12 Tevredenheid van (stage)opleiders en medewerkers

Om een functie goed uit te oefenen hebben (stage)opleiders en medewerkers de juiste competenties nodig. Maar minstens zo belangrijk voor een goede uitoefening is de medewerkerstevredenheid. Er bestaat een verband tussen tevredenheid van medewerkers, de snelheid van wisselingen en de afwezigheid van medewerkers. Tevreden medewerkers blijven langer werkzaam voor een organisatie en zijn productiever.

Op verschillende manieren kan door een instituut worden nagegaan of de (stage)opleiders en medewerkers tevreden zijn. Eén daarvan is een tevredenheidsonderzoek. Met een tevredenheidsonderzoek kan een instituut de meningen, verwachtingen en oordelen van de betrokkenen peilen over de eigen functie, de ondersteuning hierbij door het instituut en over het instituut in het algemeen. Onderzoek doen is dan een eerste stap, een onmisbare tweede stap is het herhalen en opvolgen hiervan.

Tevredenheid van aios valt niet onder dit thema en wordt onder andere in kaart gebracht met enquêtes.

* Indicatoren / Stellingen Zelfevaluatie

5.12.1

Het opleidingsinstituut peilt periodiek de tevredenheid van de medewerkers.

* Aandachtspunten

- Welk beleid is er afgesproken over het peilen van de tevredenheid bij medewerkers en (stage)opleiders?
- Welke aspecten van tevredenheid worden bij medewerkers gemeten?
- Bijvoorbeeld tevredenheid over eigen functie ondersteuning, ontwikkelmogelijkheden, werkdruk, teamgevoel.
- Hoe wordt de tevredenheid van alle medewerkers (betrokkenen) gepeild?
- Hoe vindt de meting van de tevredenheid plaats?
- Hoe frequent wordt de tevredenheid gemeten?

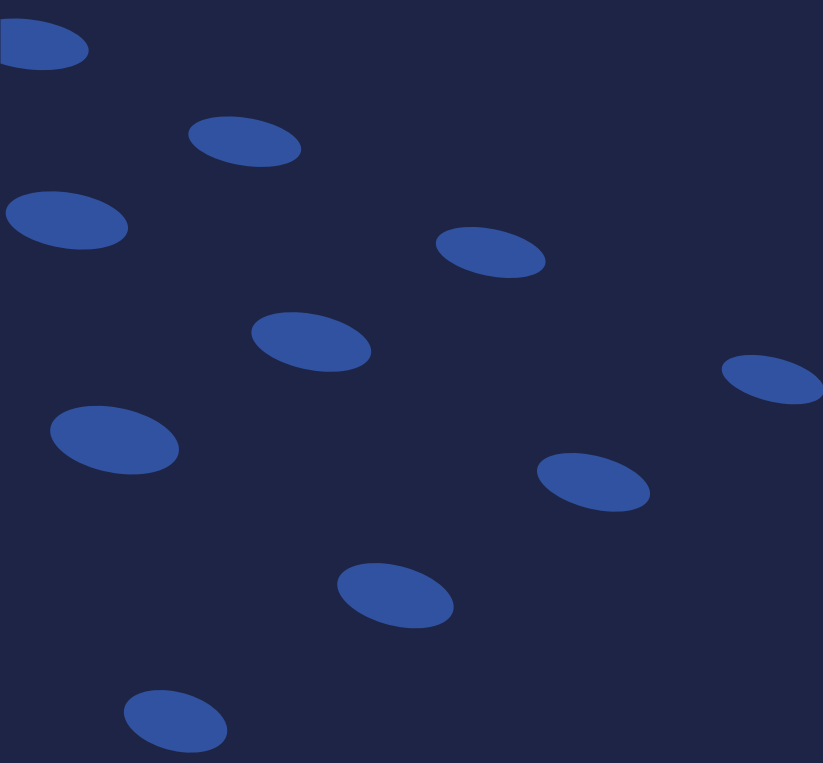
5.12.2

De uitkomsten van een tevredenheidsonderzoek leiden tot specifieke aanpassingen.

* Aandachtspunten

- Welk beleid is afgesproken over het opvolgen van de uitkomsten van tevredenheidsonderzoeken?
- Welke voorbeelden zijn er bekend van aanpassingen n.a.v. de uitkomst van een tevredenheidsonderzoek?
- Hoe wordt de doelgroep geïnformeerd over deze aanpassingen?

Praktische handreikingen





FIGUUR 5: PLANNING AUDITRONDE 2022

* HOOFDSTUK 4

Planning GEAR Auditronde 2022

Afhankelijk van het geplande auditbezoek, start het instituut met haar zelf-evaluatie, het verzamelen van de relevante documentatie, het maken van een reflectieverslag en bepalen van haar eigen aandachtspunten voor de audit.

Het instituut voert haar zelfevaluatie in NPAweb in, en levert ook alle materiaal (reflectieverslag, documenten, aandachtspunten) via NPAweb aan het auditteam aan. Zelfevaluatie en materiaal zijn uiterlijk vier weken voor het auditbezoek voor het auditteam beschikbaar.

De globale planning van auditronde 2022 is in nevenstaande figuur weergegeven.

De data voor auditbezoeken zijn in overleg met de instituten als volgt vastgesteld.

Auditdata	Instituut
25 - 26 jan	AMC Amsterdam
15 - 16 feb	Leiden
8 - 9 mrt	Maastricht
29 - 30 mrt	Rotterdam
19 - 20 apr	VUmc Amsterdam
10 - 11 mei	Groningen
31 mei - 1 juni	Nijmegen
21 - 22 juni	Utrecht

* HOOFDSTUK 5

Vorbereiding door het instituut

De voorbereiding door het instituut bestaat uit:

- A. de zelfevaluatie;
- B. het maken van een reflectieverslag;
- C. het bepalen van de eigen aandachtspunten voor de audit;

Bij de inhoudelijke voorbereiding maken de instituten gebruik van NPAweb (een webbased vragen- en uitwisselingsplatform). Verder kan NPAweb worden gebruikt voor het raadplegen van handleidingen. Elke kwaliteitscoördinator ontvangt eigen inloggegevens en een instructie voor gebruik van NPAweb.

Ad. A Zelfevaluatie

In de maanden voorafgaand aan het eigen auditbezoek voert elk instituut de zelfevaluatie uit. De zelfevaluatie bestaat uit twee stappen:

1. Scoren van de indicatoren

Elk van de domeinen is opgebouwd uit thema's en indicatoren. De indicatoren zijn als stelling geformuleerd en opgenomen in de vragenlijsten in NPAweb. Bij elke indicator scoort het instituut in welke mate de stelling van toepassing is.

Om het scoren op een indicator te vereenvoudigen worden bij elke indicator enkele aandachtspunten gepresenteerd. Deze aandachtspunten helpen de indicator beter te begrijpen en het invullen daarmee eenvoudiger maken. De aandachtspunten dienen uitdrukkelijk als hulpmiddel om de indicator beter te begrijpen en niet als vinklijstje.

De indicatoren van alle domeinen worden gescoord in de zelfevaluatie.

Waar van toepassing, en beschikbaar, betreft het instituut de scores uit de NIVEL-enquête in de zelfevaluatie. De enquêteresultaten worden per instituut bij de vragenlijsten aangeleverd.

2. Toelichting per thema bij scores en documentatie

Per thema schrijft het instituut een korte toelichting op en onderbouwing van de scores. Hiervoor kan documentatie worden verzameld en aangeleverd.

In haar toelichting verwijst het instituut naar de relevante onderdelen van de aangeleverde documentatie.

Bij het invullen kiest elke instituut een eigen werkwijze. Van belang is om, waar mogelijk, medewerkers, opleiders en aios van het instituut te betrekken.

Enkele mogelijkheden zijn:

- Gestructureerde interviews;
- Verdelen van de domeinen over experts/beheerders;
- Rond de tafel gesprek;
- Uitdelen lijsten, laten scoren en gemiddelde bepalen;
- In concept invullen en vast laten stellen door management.

Belangrijk is dat de uiteindelijke scores, toelichtingen en aangeleverde documenten, zoals aangeleverd in NPAweb, eenduidig en voor het auditteam goed te volgen zijn.

Ad. B Reflectie

Nadat de zelfevaluatie is afgerond, maakt het instituut een reflectieverslag.

Doel is om tot een eigen weergave te komen van de huidige stand van zaken, de belangrijkste successen en de belangrijkste aandachtspunten.

Hierbij komen in ieder geval de volgende reflectiepunten aan de orde:

- Reflectie op de scores in de zelfevaluatie en, als beschikbaar, de NIVEL-enquête;
- Voortgang en resultaten van de verbeterplannen van de vorige ronde;
- Belangrijkste successen en bereikte resultaten van de afgelopen periode;
- Aandachtspunten, uitdagingen voor de huidige en komende periode;
- Specifieke aanvullende besprekingspunten, vragen te bespreken tijdens de audit.

Het reflectieverslag dient mede als basis voor de auditgesprekken.

De werkwijze bij het maken van het reflectieverslag kan het instituut zelf bepalen.

De volgende werkwijze kan daarbij helpen.

1. Plan een werkbijeenkomst van ongeveer twee uur, bijvoorbeeld met het hoofd, de kwaliteitscoördinator, een opleider, een aios en één of twee stafleden;
2. Verspreid ter voorbereiding op de werkbijeenkomst de uitgeprinte vragenlijsten en vraag deelnemers om zich voor te bereiden op de reflectiepunten;
3. De agenda van werkbijeenkomst bestaat uit bespreking van de reflectiepunten.
4. Leg de resultaten vast in NPAweb.

Indien nodig kan een tweede werkbijeenkomst worden gepland.

Ad. C Aandachtspunten voor de audit vanuit het instituut

Tijdens het auditbezoek komen de kerndomeinen expliciet aan de orde. Daarnaast kan het instituut eigen aandachtspunten ter bespreking inbrengen. Deze kunnen voortkomen uit de zelfevaluatie, reflectie of anderszins.

Deadline

Uiterlijk **vier weken voor het auditbezoek** dienen zelfevaluatie, toelichtingen, documentatie en reflectieverslag en aandachtspunten in NPAweb beschikbaar te zijn voor het auditteam.

* HOOFDSTUK 6

De audit

Praktische voorbereiding van het auditbezoek

Belangrijk onderdeel van de praktische voorbereiding voor het instituut is het benaderen van de auditees waaronder naast de staf ook aios en opleiders.

Voor het auditbezoek is een concept-programma beschikbaar, dat samen met de secretaris van het auditteam nader wordt uitgewerkt. Het auditbezoek begint op de eerste dag om 13.00 uur en eindigt de volgende dag om circa 17.30 uur.

De exacte praktische invulling van programma (tijdstippen, volgorde, auditees) stemt de secretaris **uiterlijk twee weken voor het auditbezoek** af met de kwaliteitscoördinator.

Belangrijk om te regelen:

- Beschikbaarheid van de auditees (geïnterviewden) op de vastgestelde tijden;
- Houdt rekening met enige ongeplande uitloop;
- Wachtruimte voor auditees.
- Een ruime, goed geventileerde kamer met 'ronde' tafel, waar het gehele auditteam en auditees goed omheen passen;
- Een tweede ruimte om, indien gewenst, met een deel van het auditteam een digitaal auditgesprek te kunnen voeren, met beschikbaarheid van groot scherm;
- Voldoende koffie, thee, water, fris en voldoende glazen, versnaperingen;
- Lunchgelegenheid buiten de auditruimtes (let op: slechts beperkt tijd)
- Voldoende stroomvoorziening, goede Wifi-verbinding, mogelijkheid tot printen.

Bezoekprogramma GEAR 2022 (concept)

De specifieke invulling van het programma stemmen instituut en de secretaris van het auditteam in aanloop naar het auditbezoek af.

Dag 1: dinsdag				
Tijd	Onderwerp		Deelnemers vanuit instituut	Voorbeelden van documentatie
09.00 uur	Ontvangst auditteam		Coördinator Kwaliteit	
09.15 uur	Voorbespreking door auditteam		Geen	
12.15 uur	Lunch			
12.45 uur	Opening - Programma van de audit Auditgesprek algemeen - Terugblik op de vorige auditronde, welke inzichten heeft de vorige ronde opgeleverd en wat is hiermee gedaan? - Resultaat zelfevaluatie; - Toelichting zelfreflectie; - Stand van zaken en actuele ontwikkelingen bezien vanuit het geheel van domeinen van GEAR; - Doornemen van de specifieke aandachtspunten vanuit het instituut; - Overige actuele ontwikkelingen: Voor 2022 o.a. Hoe omgegaan met onderwijs tijdens COVID-19?		Hoofd Coördinator Kwaliteit Door instituut te bepalen sleutelfunctionarissen. Ca. 6 personen	- Zelfevaluatie en reflectieverslag - Meerjarenbeleidsplan/jaarplan - Belangrijkste door instituut aangereikte documenten
14.15 uur	Theepauze			
14.45 uur	Auditgesprek aios Hoe ervaren de aios de opleiding? - Het gesprek start vanuit de 3 kerndomeinen Curriculum, Leeromgeving en Toetsing & Beoordeling.		Aios 1 ^e jaars: 2 Aios 2 ^e jaars: 2 Aios 3 ^e jaars: 2 Totaal: 6 aios	- Zelfevaluatie en reflectieverslag - Resultaten NIVEL-enquête
16.15 uur	Theepauze			
16.45 uur	Auditgesprek opleiders en stagebegeleiders Hoe zie je je rol als opleider? - Wat wordt er van je verwacht? - Hoe loopt dit in de praktijk? - Heb je voldoende ondersteuning vanuit het instituut? - Wat loopt goed, wat kan beter?		Stageopleiders: 3 Van verschillende stages. Huisartsopleiders: 3-4 Verdeeld over jaar 1 en 3 Totaal: 6-7 opleiders	- Zelfevaluatie en reflectieverslag - Lokaal opleidingsplan, inclusief programma toetsing en beoordeling - Lokaal programma's scholing en begeleiding huisarts- en stageopleiders
18.15 uur	Einde dag 1			

Dag 2: woensdag				
Tijd	Onderwerp		Deelnemers vanuit instituut	Voorbeelden van documentatie
08.30 uur	Ontvangst en afstemming dagprogramma		Coördinator Kwaliteit	
09.00 uur	Auditgesprek docenten en evt. overige medewerkers: Hoe zien docenten en overige medewerkers hun rol? - Het gesprek start vanuit de 3 kerndomeinen Curriculum, Leeromgeving en Toetsing & Beoordeling.		Mix van docenten over jaren, ervaringen, achtergronden. Evt. overige stafleden Coördinator Kwaliteit Max. 6 personen	- Lokaal opleidingsplan, inclusief programma toetsing en beoordeling - Onderwijsmaterialen (kenmerkende voorbeelden)
10.30 uur	Theepauze			
11.00 uur	Auditgesprek specifieke onderwerpen: - Lopende innovaties en verbeterprojecten; - Specifieke aandachtspunten vanuit het instituut; - Eventueel gericht op één of meerdere specifiek kerndomeinen.		Hoofd Coördinator Kwaliteit Projectverantwoordelijken Evt. sleutelfunctionarissen Ca. 6 personen	- Zelfevaluatie en reflectie - Projectplannen en verslag voortgang - Meerjarenbeleidsplan/jaarplan
12.30 uur	Lunch			
13.00 uur	Auditgesprek ondersteunende domeinen - Visie & Kwaliteitsbeleid - Management, Organisatie & Mensen		Coördinator Kwaliteit HR-verantwoordelijke Max. 4 personen	
14.00 uur	Theepauze			
14.30 uur	Auditgesprek 'vrij onderwerp' - Afstemmen door instituut vooraf met secretaris auditteam - Eventueel gericht op één of meerdere specifiek kerndomeinen.		In overleg te bepalen. Evt. sleutelfunctionarissen	
15.30 uur	Evaluatie en afronding door het auditteam			
17.00 uur	Korte eerste terugkoppeling door voorzitter auditteam - Wat zijn de eerste bevindingen in grote lijn, en aandachtspunten? - Terugkoppeling is aan betrokkenen en verantwoordelijken.			
17.30 uur	Einde dag 2			

Overzicht van de eisen

uit 'Kaderbesluit CGS (13 maart 2019)'
en de aanvullende kwaliteitsaspecten uit
'Kwaliteitskader Cluster 1 (9 oktober 2019)'
in relatie tot de GEAR-domeinen.



Inleiding

Het 'Kaderbesluit CGS' van maart 2019 en het 'Kwaliteitskader Cluster 1' uit oktober 2019 bevatten voorwaarden waaraan de actoren: opleiding, het hoofd, de opleidingsplaatsen en (stage-)opleiders moeten voldoen. Tijdens de periodieke visitatie beoordeelt de RGS in welke mate aan de eisen wordt voldaan. De resultaten van de GEAR-audits zijn hiervoor een belangrijke input. In onderstaand overzicht zijn de CGS-eisen in samenhang met de GEAR-domeinen gepresenteerd.

GEAR-domeinen	RGS-domeinen
1. Visie & Kwaliteitsbeleid	'Visie en kwaliteitsbeleid'
2. Curriculum	'Onderwijsprogramma'
3. Leeromgeving	'Leeromgeving'
4. Toetsing & Beoordeling	'Toetsing, beoordeling en resultaten'
5. Organisatie, Management en Medewerkers	'Academisch niveau' 'Staf/faculty development' 'Management en organisatie'

Onderstaand een overzicht van het aantal GEAR-indicatoren, CGS-eisen en aanvullende kwaliteitseisen per domein.

GEAR-domeinen	GEAR-indicatoren	CGS-eisen	Aanvullende kwaliteitsaspecten
1. Visie & Kwaliteitsbeleid	10	28	3
2. Curriculum	12	5	7
3. Leeromgeving	17	10	7
4. Toetsing & Beoordeling	6	2	7
5. Organisatie, Management en Medewerkers	30	26	13

CGS-eisen bij Domein 1. Visie & Kwaliteitsbeleid

Het opleidingsinstituut ...

- borgt dat het hoofd de RGS vraagt om erkenning van (E.10)
 - een instelling die een opleiding verzorgt als opleidingsinstelling
 - één specialist per opleiding in een opleidingsinstelling als opleider en tenminste één specialist per opleiding als plaatsvervangend opleider
 - een instelling die een of meer stages verzorgt als stage-instelling
 - één persoon per stage in een stage-instelling als stageopleider
- beschikt over een kwaliteitscyclus voor de opleiding en die tevens toeziet op de kwaliteit van de opleidingen van de betreffende opleidings- en stage-instellingen (E.10)
- draagt zorg voor deelname van de daartoe uitgenodigde bij de opleiding betrokken personen aan de kwaliteitscyclus (E.10)
- ziet er op toe dat het hoofd voldoet aan de eisen uit de collegebesluiten (E.10)
- doorloopt de kwaliteitscyclus ten minste elke twee jaar (E.10)
- voldoet te allen tijde aantoonbaar aan de betreffende erkenningseisen uit de collegebesluiten (C.12)

Aanvullende kwaliteitsaspecten:

- ontwikkelt het onderwijs, de evaluatie van het onderwijs en het verrichten van onderzoek van onderwijs
- heeft een model leerwerkplan voor de opleider, de (stage)opleider en de opleidings- en stage-instelling
- legt jaarlijks voor 1 juni een verslag over de opleiding in het voorgaande jaar ter goedkeuring aan de RGS voor

Het hoofd van de opleiding ...

- conformeert zich aan de betreffende erkenningseisen en het betreffende kwaliteitskader (E.11)
- neemt deel aan de kwaliteitscyclus van het instituut (E.11)
- voldoet te allen tijde aantoonbaar aan de betreffende erkenningseisen uit de collegebesluiten (C.12)

De opleidingspraktijk / stage-instelling ...

- borgt dat het hoofd de RGS vraagt om erkenning als opleidingsinstelling (C.3), eventueel in samenwerking met andere instellingen (C.4, C.5, C.6)
- vraagt om erkenning van een of meer specialisten als opleider respectievelijk als plaatsvervangend opleider; bij 3 fte specialisten of minder is een

- plv. opleider niet verplicht (C.3)
- borgt dat de opleider of diens plaatsvervanger en de aiossen kunnen voldoen aan dit besluit, het betreffende specifieke besluit, het LOP en andere hierop gebaseerde opleidingsplannen (C.3)
- borgt dat de opleider en de plaatsvervangend opleider in staat zijn hun verantwoordelijkheid als opleider daadwerkelijk en naar behoren te dragen (C.3)
- beschikt over een kwaliteitscyclus voor de opleiding zowel op organisatie-niveau als op het niveau van elke opleiding (C.3)
- borgt dat het de erkenningseisen uit de collegebesluiten naleeft, zich conformeert aan dit kwaliteitskader en over de naleving ervan kan rapporteren (C.3)
- ziet er op toe dat de opleider en de plaatsvervangend opleider te allen tijde voldoen aan de voor hun geldende erkenningseisen (C.3)
- draagt zorg voor deelname van de bij de opleiding betrokken personen aan de kwaliteitscyclus (C.3)
- doorloopt de kwaliteitscyclus ten minste elke twee jaar (C.3) en sluit daarvoor aan bij de kwaliteitscyclus die het opleidingsinstituut organiseert en uitvoert (E.6)
- voldoet te allen tijde aantoonbaar aan de betreffende erkenningseisen uit de collegebesluiten (C.12)

De stageopleider ...

- is ingeschreven als arts in het BIG-register (E.9)
- is ten minste een half jaar werkzaam in de stage-instelling (E.9)
- is ten minste 16 uur per week werkzaam in de stage-instelling (E.9)
- voldoet te allen tijde aantoonbaar aan de betreffende erkenningseisen uit de collegebesluiten (C.12)

De opleider ...

- is voor het specialisme waarvoor deze als opleider of plaatsvervangend opleider erkend wordt, ten minste drie jaar in het desbetreffende register van specialisten ingeschreven (C.7)
- is als zodanig werkzaam in het specialisme (C.7)
- conformeert zich aan de erkenningseisen uit de collegebesluiten en aan dit kwaliteitskader (C.7)
- neemt deel aan de kwaliteitscyclus (C.7)
- voldoet te allen tijde aantoonbaar aan de betreffende erkenningseisen uit de collegebesluiten (C.12)

CGS-eisen bij Domein 2. Curriculum

Het opleidingsinstituut ...

- laat op aanwijzing van de RGS de aios die, als gevolg van een schorsing of intrekking van de erkenning van diens opleidingsinstelling of opleidingsinstituut een nieuwe opleidingsplaats zoekt, tot de opleiding toe (E.10)

Aanvullende kwaliteitsaspecten:

- beschikt over een opleidingsplan en verzorgt op basis van dit plan de inrichting en de uitvoering van de opleiding;
- ziet er op toe dat de aios in overleg met het hoofd een individueel opleidingsprogramma opstelt, dat recht doet aan de reeds verworven competenties van de aios.

Het hoofd van de opleiding ...

- heeft in aansluiting op het LOP een instituutopleidingsplan opgesteld (E.11)

De opleidingspraktijk / stage-instelling ...

- beschikt over een door het hoofd goedgekeurd instellingsopleidingsplan (E.6)

Aanvullende kwaliteitsaspecten:

- beschikt over een leerwerkplan dat in overeenstemming is met het opleidingsplan.

De stageopleider ...

- stelt een instellingsopleidingsplan op voor de betreffende stage (E.9)

Aanvullende kwaliteitsaspecten:

- beschikt over een leerwerkplan dat in overeenstemming is met het opleidingsplan.

De opleider ...

- stelt in aansluiting op het LOP een instellingsopleidingsplan op dat de koppeling beschrijft tussen leerdoel, opleidingsactiviteit, toets en bekwaamheidsniveau van de opleiding of het betreffende onderdeel daarvan (C.7)

Aanvullende kwaliteitsaspecten:

- stelt de aios in de gelegenheid deel te nemen aan het onderwijs van het opleidingsinstituut;
- is voortdurend bereikbaar en beschikbaar voor de aios en draagt voor de

uren dat hij niet voortdurend bereikbaar en beschikbaar is zorg voor adequate vervanging door een specialist binnen hetzelfde specialisme;

- beschikt over een leerwerkplan dat in overeenstemming is met het opleidingsplan.

CGS-eisen bij Domein 3. Leeromgeving

Het opleidingsinstituut ...

- beschikt over voldoende instrumentarium, ruimten en andere faciliteiten om een goede opleiding te waarborgen (E.10)
- waarborgt dat aiossen zich vrijelijk kunnen uiten over de kwaliteit en de mate van veiligheid van het opleidingsklimaat, zonder dat dit negatieve gevolgen heeft voor hun individuele opleiding (E.10)

Aanvullende kwaliteitsaspecten:

- stelt de aios in de gelegenheid de eisen en verplichtingen op grond van collegeregelgeving na te komen

Het hoofd van de opleiding ...

- beschikt over didactische vaardigheden door daartoe gevolgde en daarop gerichte scholing (E.11)
- geeft aanwijzingen aan aiossen, opleiders, stageopleiders en opleidings- en stageinstellingen (E.11)

De opleidingspraktijk / stage-instelling ...

- beschikt over voldoende instrumentarium, ruimten en andere faciliteiten om een goede opleiding te waarborgen (C.3)
- voorziet voor de aios en de betreffende opleidingsgroep in permanente toegang tot voor de opleiding verplichte en overige relevante literatuur (C.3)
- beschikt over een bijgehouden en toegankelijke registratie van de patiëntengegevens waaruit een aios zonder hulp van de opleider voldoende relevante informatie kan verkrijgen (C.3)
- waarborgt dat aiossen zich vrijelijk kunnen uiten over de kwaliteit en de mate van veiligheid van het opleidingsklimaat, zonder dat dit negatieve gevolgen heeft voor hun individuele opleiding (C.3)

De stageopleider ...

Aanvullende kwaliteitsaspecten:

- begeleidt de aios bij de uitvoering van het individueel opleidingsplan, volgens het leerwerkplan
- draagt de professionele verantwoordelijkheid ex WGBO voor de inhoud van de zorg door de aios

De opleider ...

- is bereid aios op te leiden en ziet er op toe dat de aios de betreffende bepalingen van dit besluit, het specifieke besluit, het LOP, het instellings- opleidingsplan en het individuele opleidingsplan nakomt (C.7)
- spant zich in om in bepaalde gevallen een nieuwe opleidingsplaats voor de betreffende aios te zoeken (C.7)

Aanvullende kwaliteitsaspecten:

- draagt de professionele verantwoordelijkheid ex WGBO voor de inhoud van de zorg door de aios
- is voor de opleiding van één aios tegelijkertijd verantwoordelijk, afhankelijk van zijn dienstverband
- draagt zorg voor de begeleiding van de aios en introduceert deze bij de voor de opleiding relevante samenwerkingsverbanden
- draagt er zorg voor dat de aios deelneemt aan de verschillende vormen van regulier overleg waar de opleider bij betrokken is

CGS-eisen bij Domein 4. Toetsing & Beoordeling

Het opleidingsinstituut ...

Aanvullende kwaliteitsaspecten:

- toetst en beoordeelt de aios met inachtneming van het protocol toetsing en beoordeling in het landelijk opleidingsplan

Het hoofd van de opleiding ...

- beslist over de verlenging dan wel beëindiging van de opleiding van de aios (E.11)
- verstrekt de resultaten van toetsingen en beoordelingen van opleiders, stageopleiders en opleidings- en stage-instellingen aan de RGS ten behoeve van de hernieuwing van de erkenning van deze (stage)opleiders (E.11)

De opleider ...

Aanvullende kwaliteitsaspecten:

- toetst en beoordeelt de aios overeenkomstig hetgeen is bepaald in het landelijk opleidingsplan
- stelt de aios in de gelegenheid in toenemende mate zelfstandig deel te nemen aan de patiëntenzorg
- stelt de aios in de gelegenheid deel te nemen aan diensten
- geeft de aios uitsluitend die opdrachten waarvan hij redelijkerwijs kan aannemen dat de aios over de vakbekwaamheid beschikt die is vereist voor het behoorlijk uitvoeren van die opdracht
- observeert met het oog hierop de aios regelmatig tijdens diens praktijk- uitoefening
- voert leergesprekken met de aios

CGS-eisen bij Domein 5. Organisatie, Management & Medewerkers

Het opleidingsinstituut ...

RGS: Academisch niveau

- is een rechtspersoon met als primaire doelstelling het in samenwerking met een of meer stage- of opleidingsinstellingen ontwikkelen, uitvoeren en evalueren van competentie- en praktijkgericht theoretisch onderwijs op academisch niveau (E.10)
- is verbonden aan een universitair medisch centrum of medische faculteit, werkt samen met een of meer stage- of opleidingsinstellingen en heeft de afspraken daarover in een of meer overeenkomsten vastgelegd (E.10)

Aanvullende kwaliteitsaspecten:

- de omvang van de personele bezetting bedraagt ten minste 0,15 fte per aios, voor ten minste twee derde bestaande uit academisch gevormd personeel
- ten minste 50%, omgerekend naar formatieplaatsen, van het academisch gevormd personeel bestaat uit specialisten die ten minste drie jaar zijn ingeschreven in het register van het betreffende specialisme

RGS: Staf/faculty development

- verzorgt het onderwijs inclusief didactische training aan opleiders zodanig dat zij hieraan ten minste acht dagen per opleidingsjaar kunnen deelnemen
- onderhoudt contacten met de opleiders, stageopleiders en de opleidings- en stageinstellingen

RGS: Management en organisatie

- vraagt de RGS om erkenning van één specialist uit het specialisme van de betreffende opleiding als hoofd, overeenkomstig artikel E.11, dat verantwoordelijk is voor de organisatie, de inhoud en de kwaliteit van de opleiding, alsmede van één specialist als plaatsvervangend hoofd, dat de taken van het hoofd bij diens afwezigheid waarneemt (E.10)
- borgt dat het de erkenningseisen uit de collegebesluiten naleeft, zich conformeert aan dit kwaliteitskader en over de naleving ervan kan rapporteren (E.10)
- stelt de RGS onverwijld op de hoogte bij essentiële veranderingen in de organisatie of de structuur van het opleidingsinstituut, in de samenwerking met opleidingsinstellingen, stage-instellingen of andere

opleidingsinstellingen, alsmede bij essentiële veranderingen met betrekking tot het (plaatsvervangend) hoofd of de aios (E.10)

- borgt, als de opleider diens werkzaamheden gedurende ten minste een week aaneengesloten niet kan verrichten en een plaatsvervangend opleider niet in de functie kan voorzien, dat een specialist uit het betreffende specialisme tijdelijk als waarnemend opleider in de rechten en plichten treedt van de opleider voor wie deze waarneemt. De periode van waarneming bedraagt ten hoogste drie maanden, gerekend vanaf de dag waarop de functie van opleider feitelijk niet wordt vervuld (C.8)
- rapporteert, desgewenst mede namens de aan dat instituut verbonden opleidingsinstelling of opleidingsinstellingen, ten minste elke twee jaar aan de RGS over de kwaliteit van de opleiding of opleidingen, voor welke het opleidingsinstituut is erkend. De betreffende aiossen en de betreffende wetenschappelijke vereniging worden daarbij in de gelegenheid gesteld zich vrijelijk uit te spreken over de kwaliteit van de opleiding of opleidingen (C.12)

Aanvullende kwaliteitsaspecten:

- beschikt over een reglement voor een sollicitatiecommissie, stelt een sollicitatiecommissie in en voert selectieprocedures uit met betrekking tot artsen die tot de opleiding kunnen worden toegelaten
- beschikt over een instituutsreglement
- sluit overeenkomsten met de aios, de opleider, de stageopleider en de opleidings- en stage-instelling waarin is neergelegd dat de aios, de opleider, de stageopleider respectievelijk de opleidings- of stage-instelling de eisen en verplichtingen, voortvloeiend uit het instituutsreglement zullen nakomen
- stelt, indien sprake is van een geschil als bedoeld in de Regeling specialismen en profielen geneeskunst, een mediator voor die voorkomt op een door het opleidingsinstituut opgestelde lijst met aangewezen mediators of een onafhankelijke bemiddelende partij als bedoeld in de Regeling specialismen en profielen geneeskunst

Het hoofd van de opleiding ...

RGS: Staf/faculty development

- beslist over de inzet van de opleiders, stageopleiders en de opleidings- en stageinstellingen (E.11)

RGS: Management en organisatie

- is ten minste drie jaar in het desbetreffende register van specialisten

ingeschreven (E.11)

- legt binnen de voor de opleiding gestelde kaders verantwoording af aan de raad van bestuur van het universitair medisch centrum of van de medische faculteit, waarmee het opleidingsinstituut waar de specialist werkt, is verbonden (E.11)
- beslist over de plaatsing van aios bij opleiders, stageopleiders en in opleidings- en stage-instellingen (E.11)

De opleidingspraktijk / stage-instelling ...

RGS: Academisch niveau

Aanvullende kwaliteitsaspecten:

- sluit een overeenkomst met het opleidingsinstituut waarin is neergelegd dat zij de eisen en verplichtingen, voortvloeiend uit het instituutsreglement zal nakomen

RGS: Staf/faculty development

- wijst desgewenst en in afstemming met het opleidingsinstituut een opleidingsgroep aan (E.6)

RGS: Management en organisatie

- laat in bepaalde gevallen op aanwijzing van de RGS dan wel het opleidingsinstituut de aios die als gevolg van een schorsing of intrekking van de erkenning van diens opleidingsinstelling een nieuwe opleidingsplaats zoekt, tot de opleiding toe (C.3)
- waarborgt dat in geval van schorsing van de erkenning als opleidingsinstelling de betreffende aios binnen zes maanden de opleiding voort kan zetten in een andere erkende opleidingsinstelling (C.3)
- informeert de RGS onverwijld over essentiële veranderingen in de organisatie of structuur van de opleidingsinstelling, in de samenwerking met andere opleidingsinstellingen of opleidingsinstututen, alsmede bij essentiële veranderingen met betrekking tot de opleider of de aios, alsmede bij het ontbreken van aiossen langer dan twee jaar, bij waarneming van de opleider langer dan een maand (C.3)
- werkt mee aan evaluatiebezoeken van of namens de RGS op organisatie-niveau en op vakinhoudelijk opleidingsniveau (C.3)
- borgt, als de opleider diens werkzaamheden gedurende ten minste een week aaneengesloten niet kan verrichten en een plaatsvervangend opleider niet in de functie kan voorzien, dat een specialist uit het betreffende specialisme tijdelijk als waarnemend opleider in de rechten en

plichten treedt van de opleider voor wie deze waarneemt. De periode van waarneming bedraagt ten hoogste drie maanden, gerekend vanaf de dag waarop de functie van opleider feitelijk niet wordt vervuld. (C.8.)

- rapporteert, eventueel via het opleidingsinstituut, ten minste elke twee jaar aan de RGS over de kwaliteit van de opleiding of opleidingen, voor welke de opleidingsinstelling is erkend. De betreffende aiossen en de betreffende wetenschappelijke vereniging worden daarbij in de gelegenheid gesteld zich vrijelijk uit te spreken over de kwaliteit van de opleiding of opleidingen (C.12)
- heeft voor het uitvoeren van de praktijkopleiding een overeenkomst gesloten met een opleidingsinstituut (E.6)

De stageopleider ...

RGS: Management en organisatie

Aanvullende kwaliteitsaspecten:

- sluit een overeenkomst met het opleidingsinstituut waarin is neergelegd dat de stageopleider de eisen en verplichtingen voortvloeiend uit het instituutsreglement zal nakomen

De opleider ...

RGS: Staf/faculty development

- beschikt over didactische vaardigheden door daartoe gevolgde en daarop gerichte scholing, in overeenstemming met de professionaliseringseisen van de betreffende wetenschappelijke vereniging of van het opleidingsinstituut (C.7)

Aanvullende kwaliteitsaspecten:

- neemt deel aan overleg met het opleidingsinstituut en andere activiteiten van het opleidingsinstituut die in het kader van de opleiding relevant zijn

RGS: Management en organisatie

- is ten minste 16 uur per week werkzaam in de opleidingsinstelling (E.7)
- de plaatsvervangend opleider is werkzaam in dezelfde opleidingsinstelling als de opleider (C.7)
- bij afwezigheid van de opleider treedt de plaatsvervangend opleider voor de beperkte duur van die afwezigheid in de rechten en plichten van de opleider (C.7)
- de opleider legt de specifieke taken en verplichtingen van leden van de opleidingsgroep schriftelijk vast, alsmede de werkwijze van de opleidingsgroep en de relatie van de opleidingsgroep met de aios (E.7)

Aanvullende kwaliteitsaspecten:

- sluit een overeenkomst met het opleidingsinstituut waarin is neergelegd dat hij de eisen en verplichtingen voortvloeiend uit het instituutsreglement zal nakomen;
- stelt de instelling waarvoor hij werkt onverwijld op de hoogte indien hij zijn taak als opleider heeft neergelegd, zijn arbeidsovereenkomst wordt beëindigd of ingevolge een in kracht van gewijsde gegane rechterlijke uitspraak onder curatele is gesteld wegens een geestelijke stoornis
- meldt onverwijld aan het hoofd als hij wegens ziekte of andere omstandigheden niet in staat is zijn opleidingstaken te vervullen
- voert diens taken zelf uit, of laat deze taken onder diens verantwoordelijkheid uitvoeren door de plaatsvervangend opleider

