

Landelijk opleidingsplan – op – hoofdlijnen

projectgroep revisie LOP

Maart 2022

Beste lezer,

De huisartsopleidingen van Nederland werken sinds januari 2021 aan de revisie van het Landelijk opleidingsplan (LOP). Dit project wordt uitgevoerd door de gelijknamige projectgroep en opgedeeld in drie fasen:

Fase 0 of de kwartiermakersfase (jan-sept 2021): hierin heeft de projectgroep bij alle betrokkenen opgehaald wat zij belangrijk vinden bij de vernieuwing van het LOP.

Fase 1 (sept 2021-feb 2022): hierin heeft de projectgroep alle informatie uit fase 0, samen met alle betrokkenen, omgewerkt tot een visie op opleiden, neergelegd in een nieuw Landelijk opleidingsplan-op-hoofdpijnen (LOP-o-h). Dat ligt nu voor u.

Fase 2 (vanaf feb 2022): in fase 2 zal de projectgroep, samen met alle betrokkenen, het LOP-o-h concretiseren tot een nieuw Landelijk opleidingsplan.

De in dit LOP-o-h beschreven visie op opleiden stelt een *andere balans* voor tussen controle en vertrouwen, tussen sturen en loslaten. Dat is nodig om aios op te kunnen leiden tot individueel verantwoordelijke huisartsen, die vanuit deskundigheid en persoonlijke betrokkenheid onderdeel uitmaken van een toekomstbestendige beroepsgroep. Daarbij blijft het streven naar een gedegen beoordeling van de aios recht overeind staan. In fase 2 onderzoeken we hoe we een gedegen beoordeling zo kunnen inrichten dat er *geen onnodige en contraproductieve* beperkingen van autonomie en zelfsturing ontstaan. Of, andersom: hoe we de autonomie en zelfsturing van de aios zo goed mogelijk kunnen stimuleren zonder dat een gedegen beoordeling daaronder te lijden heeft.

Belangrijke vraagstukken bij het concretiseren in fase 2 zijn hoe we omgaan met het huidige competentiemodel, de Thema's en de KBA's, het programmatisch toetsen, het portfolio, de rolverdeling tussen docent en opleider, etc. Bij het vinden van oplossingen voor deze vraagstukken is het LOP-o-h steeds het kompas. We zullen bij iedere voorgestelde concretisering de vraag stellen of deze echt bijdraagt aan de gezochte andere balans.

Dit LOP-o-h is op 18 februari 2022 door het hoofdenoverleg vastgesteld *als uitgangspunt* voor het reviseren van het Landelijk Opleidingsplan.

De projectgroep:

Aafke van Merle - aios, bestuurslid LOVAH

Marijke Olthof - opleider, bestuurslid LHOV

Greetje Sagasser - onderwijskundige HN

Bart Thoonen - huisarts niet-praktiserend, medisch onderwijskundige

Marije van Braak – onderwijskundige

Chris Rietmeijer - huisarts niet-praktiserend, projectleider

Ingrid van Ooijen - projectsecretaris

Inhoud

Inhoud	3
Naar een gereviseerd LOP.....	4
Inleiding.....	4
Het veranderende huisartsenvak.....	4
De veranderende huisartsopleiding.....	5
Visie op opleiden.....	6
Hoofdpijnen van een gereviseerd LOP: Verantwoord vertrouwen	7
Projectvervolg	9
Referenties	11
Bijlage 1	12

Naar een gereviseerd LOP

Inleiding

Het LOP is het door het CGS vastgestelde kaderstellende document voor alle huisartsopleidingen. Het LOP beschrijft onze visie op opleiden en hoe deze is vertaald naar materiële en immateriële opleidingscondities. Denk daarbij aan de inrichting van het praktijk- en instituutsonderwijs, aan voortgangsbeoordelingen, aan de rollen van aios, opleider en docent, etc.

Uitgangspunt bij het reviseren van het LOP 2016 is dat we een goede huisartsopleiding hebben. De evaluaties (GEAR, en ook de meest recente NIVEL-enquête) zijn overwegend positief. Tegelijkertijd bleek uit inventarisaties onder betrokkenen (Rietmeijer, 2021; Rietmeijer et al., 2022) dat de onderwijskundige uitgangspunten uit het LOP 2016 leiden tot problemen in de vertaling naar de dagelijkse opleidingspraktijk. Bovendien zijn er ontwikkelingen in de maatschappij en in de huisartsgeneeskunde. Dit alles vraagt om een tijdige revisie van het LOP. Daarbij willen we behouden wat goed gaat, oplossingen aanreiken voor knelpunten die uit de evaluaties komen, en ruimte maken voor nieuwe inzichten en onderwerpen. In het vernieuwde LOP worden structuren beschreven die voortdurende revisie mogelijk maken. Voor een uitgebreide beschrijving van het project Revisie LOP verwijzen we naar het verslag kwartiermakersfase (Rietmeijer, 2021), het projectplan fase 1 (Rietmeijer et al., 2021) en de rapportage van fase 1 (Rietmeijer et al., 2022).

Als we in dit document spreken over de opleiding en het curriculum bedoelen we steeds het geheel van praktijkleren en instituutsonderwijs, tenzij anders vermeld. Net als in het LOP 2016 zien we het praktijkleren als de kern van de opleiding en het instituutsonderwijs als ondersteunend daarin.

Het veranderende huisartsenvak

Een huisarts levert persoonlijke, continue en medisch-generalistische zorg (Kernwaarden). Snelle en veelomvattende ontwikkelingen stellen hierbij hoge eisen aan de huisarts. Bij de herijking van de kernwaarden van het huisartsenvak in 2019 is de kernwaarde 'gezamenlijk' geïntroduceerd. De huisarts is in toenemende mate een samenwerker, zowel binnen als buiten de huisartsenpraktijk. De kerntaak 'zorgcoördinatie' vraagt om extra vaardigheden op het gebied van praktijkmanagement en interprofessionele samenwerking. De tijd tussen afronden van de opleiding en vestiging als praktijkhouder neemt toe; de wens om het werk flexibel in te kunnen delen (zowel qua inhoud als uren als organisatievorm) wordt steeds vaker gehoord en verdient zeker de aandacht (zie ook Vis, Flinterman, & Batenburg, 2022, p. 76). Deze ontwikkeling draagt bij aan een verstoorde balans tussen vraag en aanbod met dreigende (regionale) tekorten aan huisartsenzorg (Batenburg, 2019). Hoe de huisarts zich verhoudt tot het praktijkhouderschap en de huisartsenzorg in z'n geheel is een belangrijk onderwerp in dit verband.

De coronacrisis heeft geleid tot een nadere bezinning op gezondheidszorg en de inrichting ervan, bijvoorbeeld door de toename van beeldbellen en andere digitale mogelijkheden, voor contact met patiënten en voor overleg met andere zorgverleners. Deze ontwikkelingen vragen om nieuwe vaardigheden van de huisarts en scheppen een noodzaak tot versnelde digitale transformatie en kritisch gebruik van e-health voorzieningen.

De huisarts werkt in een toenemend complexe maatschappij waarbij er veel tekorten zijn in de zorg, zorgtaken voortdurend veranderen, herschikkingen in het zorglandschap optreden, de relatie tussen arts en patiënt verandert en de kijk op gezondheid en ziekte wijzigt. Actuele thema's die in het kader van deze ontwikkelingen onze aandacht vragen zijn leefstijl en preventie, brede gezondheidsconcepten (zoals positieve gezondheid), diversiteit, duurzaamheid, klimaatverandering, de rol van big data en technologische ontwikkelingen en inter- en intraprofessionele samenwerking. Al deze ontwikkelingen vragen in toenemende mate leiderschap van huisartsen op verschillende niveaus. Op macroniveau dragen huisartsen bij aan continue ontwikkeling van de rol van de huisarts in de maatschappij. Op mesoniveau is de huisarts zich bewust van de rol van de huisartspraktijk op wijkniveau en het belang van communiceren en samenwerken met stakeholders, zoals patiënten en collega zorgverleners. Op microniveau ontwikkelt de huisarts persoonlijk leiderschap door feedback en (zelf-)reflectie.

Tenslotte moet de huisarts bij dit alles haar werk met overgave en plezier kunnen doen. Of we dit nu enthousiasme, bevlogenheid of intrinsieke motivatie noemen, het belang ervan voor een duurzame beroepsuitoefening is evident. Intrinsiek gemotiveerd blijven vraagt van huisartsen het inzicht en de vaardigheden om wat zij daarvoor nodig hebben voor zichzelf te organiseren, binnen het werk en in de balans tussen werk en privé.

De veranderende huisartsopleiding

Een huisarts heeft zoals hierboven beschreven een heel scala aan kennis, vaardigheden, inzichten en zelfkennis nodig. Tegelijkertijd is de bagage die de instromende basisartsen meenemen heel verschillend (zowel ten opzichte van een aantal jaar terug als onderling). Aios moeten dus heel veel leren tijdens (en na) de opleiding, maar wat er geleerd moet worden, kan erg verschillen per aios. We willen dat de aios genoeg ruimte ervaart om zich te ontwikkelen tot een autonome, unieke huisarts, die zelfsturend een leven lang blijft leren en plezier houdt in het vak (Deci & Ryan, 2012; ten Cate et al., 2011). Velen ervaren echter een gebrek aan ruimte door het volle curriculum. Dit gevoel van gebrek aan ruimte wordt nog versterkt door hoe het competentiegericht opleiden in de huisartsopleiding is vormgegeven.

Sinds het begin van deze eeuw leiden we *competentiegericht* op, hetgeen wil zeggen dat we basisartsen opleiden tot competente huisartsen, waarbij het competentieprofiel van de huisarts leidend is. Dit is een vorm van uitkomstgericht opleiden, waarbij de opleiding is ingericht op basis van het gewenste eindresultaat (in plaats van bijvoorbeeld op inhoudsdomeinen, zoals epidemiologie of ziekteleer). Dat heeft ons veel gebracht, met name nog meer expliciete aandacht voor de zeven CanMedsrollen (zie Huisartsopleiding Nederland, 2016). Echter, de vertaling van deze rollen naar competenties, het uitkomstgerichte karakter van het competentiemodel, de vertaling daarvan naar programmatisch toetsen, en de detaillering in Thema's en KBA's (zie Huisartsopleiding Nederland, 2016) hebben ook geleid tot een hang naar compleetheid en controle. Dat heeft volgens veel verschillende betrokkenen waaronder aios, opleiders, docenten en ook hoofden (Rietmeijer et al., 2022), geresulteerd in een vol ('dichtgetimmerd') curriculum, hoge toetsdruk en veel verplichtingen, vaak resulterend in afvinkgedrag. Deze analyse wordt ondersteund door veel recent onderwijskundig onderzoek naar competentiegericht opleiden (Boyd et al., 2018; Teunissen, 2018; Touchie & ten Cate, 2016; Veen et al., 2020; Whitehead et al., 2014; Wright et al., 2019).

Nieuwe onderwerpen die in groten getale op onze deur bonzen, zoals bijvoorbeeld duurzaamheid en e-health kunnen er nauwelijks nog bij. "Als er iets bij komt, moet er ook iets vanaf", hoor je steeds vaker. Maar er iets afhalen lukt moeilijk, omdat alles belangrijk lijkt. Daardoor ontstaat een overvol rooster, waarin ruimte

voor reageren op actualiteit en ruimte voor innovatie in het gedrag is gekomen. In het nieuwe opleidingsplan willen we richtlijnen en strategieën formuleren om keuzes te kunnen maken in de onderwerpen. Een suggestie voor een richtlijn hierbij kan zijn: als instituutsonderwijs alleen wat je niet in de praktijk kunt leren, dus innoverende en actuele onderwerpen die nog geen plaats hebben in de praktijk. Keuzes voor curriculuminvulling hebben ook te maken met *hoe* de inhoud wordt aangeboden (bijvoorbeeld in een basisprogramma voor iedereen, keuzevrijheid, vrije ruimte, verplichtingen).

Het volle curriculum resulteert in een afgenomen gevoel van ruimte en autonomie. Dat gaat ten koste van de intrinsieke motivatie van de aiOS en is nadelig voor het nemen van de regie over het eigen leerproces (Deci & Ryan, 2012). Dit laatste geldt ook voor de ruimte die docenten en opleiders ervaren in het vormgeven van de opleiding. Met uitkomstgericht opleiden als reden voor een overvol curriculum, met als gevolg een afgenomen gevoel van autonomie en ruimte, is het de vraag of we ook anders dan uitkomstgericht naar opleiden kunnen kijken.

Visie op opleiden

Hoe zouden we dan nog meer naar opleiden kunnen kijken? Dit leidt naar een fundamentele vraag: wat verstaan we onder opleiden? Een antwoord daarop vinden we in het gedachtegoed van de hedendaagse onderwijsfilosoof Gert Biesta (Biesta, 2015). Dit antwoord is niet alleen actueel en internationaal breed gedragen, maar past ook buitengewoon goed bij de traditionele waarden van de huisartsopleiding (zie bijlage 1).

Kort gezegd stelt Biesta dat de doelen van onderwijs in drie domeinen kunnen worden ondergebracht:

- Kwalificatie: het verwerven van kennis, vaardigheden, waarden en houdingen
- Socialisatie: het deel worden van bestaande tradities en praktijken, van manieren van doen en manieren van zijn
- Subjectificatie: het laten zien van jezelf als subject, individu. Het gaat hier om je manifesteren als uniek en verantwoordelijk individu op een bepaalde plek.

Een kenmerk van opleiden is dat er spanning bestaat tussen deze doeldomeinen. Zo kunnen activiteiten die bijdragen aan kwalificatie ten koste gaan van subjectificatie: normen formuleren en beoordelen beperkt immers de ruimte voor het unieke van het individu. Ook belangrijk, met het oog op een uitkomstgerichte opleiding, is de realisatie dat niet alle onderwijsactiviteiten binnen deze verschillende domeinen met toetsbare uitkomsten te beschrijven zijn. Als je dat wel zou proberen, verlies je de aandacht voor dingen die niet toetsbaar te beschrijven zijn. Bovendien: als je alles met toetsbare uitkomsten wilt beschrijven om de controle te houden op de ontwikkeling van een aiOS, gaat dat ten koste van de ruimte voor subjectificatie.

De huisartsopleiding heeft van oudsher, zonder het zo te noemen, veel ruimte en aandacht voor socialisatie en subjectificatie. Het competentiegericht opleiden van de laatste decennia heeft dit echter onder druk gezet. Competentiegericht opleiden heeft geresulteerd in *controle* op uitkomsten in de vorm van sturende opdrachten en toetsing. Met Biesta's bril zien we een bredere manier van omgaan met deze uitkomsten: voor *sommige* uitkomsten, met name in de doeldomeinen socialisatie en subjectificatie is (verantwoord) *vertrouwen* adequater dan controle, wetende dat voldoende vrije ruimte een voorwaarde is voor de volledige ontwikkeling van de aiOS tot zelfsturende competente huisarts. De taak voor de komende jaren is om de *balans* tussen controle en vertrouwen te herstellen.

De twee uitgangspunten hierbij zijn:

1. We willen een helder onderscheid gaan maken tussen onderwerpen waarin we van de aios een duidelijk omschreven en beoordeelbare bekwaamheid verwachten én onderwerpen waarmee de aios bezig moet zijn zónder dat we vastgestelde uitkomsten nastreven.
2. We streven naar zelfsturing van de aios ten aanzien van beide soorten onderwerpen. Ook als het gaat om een omschreven bekwaamheid, willen we meer aan de aios overlaten (zelfsturend leren en toetsen); daarbij bieden we uiteraard heldere kaders, naast professionele begeleiding en beoordeling.

Dit is een koerswijziging waarmee het nieuwe LOP ruimte wil maken voor het opleiden van huisartsen die hun vak beheersen én bezig zijn met de ontwikkeling van zichzelf en hun vak in de snel veranderende wereld. In het volgende deel werken we deze koerswijziging uit onder het motto *Verantwoord vertrouwen*.

Hoofdlijnen van een gereviseerd LOP: Verantwoord vertrouwen

Het gereviseerde LOP zoekt een *nieuwe balans* tussen controle en vertrouwen, tussen sturen en loslaten, tussen volledigheid en ruimte. Deze balans noemen we *Verantwoord vertrouwen*. Ons vertrouwen is verantwoord:

1. Omdat het moet:
 - a. vertrouwen is een voorwaarde om professionals zich in een zekere vrijheid (uiteraard binnen heldere kaders) te laten ontwikkelen (zie Biesta, 2015).
 - b. het creëert de broodnodige ruimte voor inspirerend onderwijs in een veelheid aan oude en nieuwe onderwerpen. Deze ruimte ontstaat doordat we voor een aantal onderwerpen bewust enige controle loslaten. Niet iedere aios hoeft altijd alle onderwerpen gevolgd te hebben en niet al ons opleiden is gericht op omschreven uitkomsten en te behalen doelen. Denk bij dat laatste aan onderwerpen zoals leiderschap, duurzaamheid, innovatie en brede gezondheidsconcepten (zoals positieve gezondheid). Dit zijn onderwerpen waarbij we het inspireren en uitdagen van de aios als doel mogen zien.
2. Omdat het kan: we hebben een goede opleiding waarin de overgrote meerderheid van de aios in ruime mate intrinsiek gemotiveerd is en in drie jaar voldoende leert om het vak zelfstandig te gaan uitoefenen. Dat realiseren we nu al door:
 - a. selectie van kandidaten (die overigens nu aan verandering onderhevig is door de Covid-situatie en daardoor een kritische blik vereist);
 - b. de primaire rol van het praktijkleren: aios krijgen ruime ervaring met zelfstandige patiëntenzorg binnen alle huisartsgeneeskundige inhoudsgebieden;
 - c. heldere kaders in de vorm van competenties en thema's;
 - d. intensieve begeleiding en beoordeling door een didactisch en inhoudelijk deskundige opleider in de vorm van consultaties, observaties, leergesprekken, voortgangsgesprekken;
 - e. begeleiding en beoordeling van de aios, de opleider en het koppel door deskundige docenten;
 - f. groepsoponderwijs, expertonderwijs, peer-learning.

Onze verantwoordelijkheid om competente huisartsen 'af te leveren' richting maatschappij en patiënt blijft met deze visie op opleiden recht overeind staan. De patiënt mag verwachten dat een afgestudeerde huisarts kundig en vaardig is bij de meest voorkomende hulpvragen én dat zij weet waar zij (nog) hulp bij moet inroepen. Dat geldt voor medisch inhoudelijke kennis en vaardigheden, net zo goed als voor patiëntgerichte hulpverlening, samenwerking en organisatie van de zorg rondom de patiënt. Daarnaast mag de patiënt verwachten dat de afgestudeerde huisarts zicht heeft op haar eigen persoon als huisarts, dat zij haar verantwoordelijkheid op haar eigen unieke manier invult en dat zij toegerust is voor het omgaan met veranderingen in het vak.

Het gereviseerde LOP beantwoordt aan deze verwachtingen door inzichtelijk te maken op grond waarvan het verantwoord is dat de aios het vertrouwen krijgt:

1. Kennis en vaardigheden zoals beschreven onder de Thema's worden beoordeeld door systematisch gebruik van observaties, consultaties, om-en-om gesprekken en leergesprekken door/met de opleider. Ook hebben we kennistoetsen en consultvoeringstoetsen. Bij de inzet van dergelijke toetsen moet steeds een balans bestaan tussen de noodzaak, de opbrengst en de bijwerkingen van het beoordelen (bijwerkingen in de zin van verplichtingen en toetsdruk die ten koste kunnen gaan van de vrije ontwikkelingsruimte met mogelijke negatieve gevolgen voor de intrinsieke motivatie, zoals boven beschreven).
2. Naast kennis en vaardigheden dragen de indrukken van opleiders en docenten over de aios als persoon en professional bij aan een meer holistisch oordeel over de aios als huisarts in wording.
3. Dit holistische oordeel is gebaseerd op tal van ervaringen en waarnemingen tijdens de intensieve samenwerking en dialoog binnen de opleidingsdriehoek en leidt in de meeste gevallen tot vertrouwen in de ontwikkeling van de aios tot volwaardig huisarts. Als dat niet zo is of als er twijfels bestaan, volgt er extra begeleiding en beoordeling om alsnog tot verantwoord vertrouwen te komen óf de opleiding op een verantwoorde manier te beëindigen.
4. Het docent- en opleidersoordeel is altijd een subjectief expertoordeel. Het subjectieve karakter ervan zien we als waardevol en noodzakelijk. Scholing van opleiders en docenten is o.a. gericht op het ontwikkelen en kalibreren van dit expertoordeel en de vertaling van dit oordeel naar bruikbare feedback en feedforward over de voortgang.
5. Deskundige docenten begeleiden de koppels van aios-opleider bij het ingewikkelde proces van begeleiden én beoordelen (Veilig opleiden). Ook docenten worden hierin geschoold.
6. Aios nemen (toenemend door de opleiding heen) de verantwoordelijkheid en het initiatief tijdens het bespreken van de voortgang ten opzichte van de gestelde kaders (competenties, thema's). Aios geven op hun eigen wijze inzicht in hun persoonlijk-professionele ontwikkeling. Hierin is ruimte voor autonomie en eigen keuzes ten aanzien van het leren. Zelfsturing binnen kaders tijdens de opleiding bereidt voor op zelfsturing na de opleiding. In het kader van leven lang leren (Sandars & Cleary, 2011).

Met deze punten biedt het gereviseerde LOP een stevige verantwoording aan de patiënt en de maatschappij ten aanzien van de deskundigheid van de opgeleide huisarts. Dat deed het LOP 2016 echter ook al. Dus wat verandert er nu ten opzichte van dat LOP 2016? Het gereviseerde LOP wil deze verantwoording naar de maatschappij en de patiënt inbedden in een bredere onderwijskundige kijk op de relatie tussen opleiden en het leren van volwassen professionals op de werkplek, rekening houdend met de opgehaalde kritiek op de huidige opleiding (Rietmeijer, 2021; Rietmeijer et al., 2022).

Samengevat vraagt ons voorgestelde LOP-op-hoofdlijnen om de volgende ontwikkelingen:

- Streven naar een balans tussen controle en vertrouwen; niet alles willen onderwijzen en overal het effect (van dat onderwijs, of praktijkleren) willen kunnen aantonen voordat we iemand laten afstuderen); voor de minder goed functionerende aios extra begeleiding en beoordeling om alsnog tot verantwoord vertrouwen te komen óf de opleiding op een verantwoorde manier te beëindigen.
- Meer ruimte voor autonomie en eigen keuzes van de aios in de manier waarop de aios deskundig wordt. Dit binnen de inhoudelijke kaders (competenties, thema's), de wettelijke kaders (CGS) en de praktische mogelijkheden van het opleidingsinstituut.
- Loslaten van ons streven naar compleetheid binnen de opleiding, en specifiek binnen het instituutsonderwijs.
- Onderscheid maken tussen onderwerpen waarin we van de aios een duidelijk omschreven en beoordeelbare bekwaamheid verwachten én onderwerpen waarmee de aios bezig moet zijn zonder dat we vastgestelde uitkomsten nastreven; bij het ontwerpen van onderwijs betekent dit dat niet voor elk onderdeel onderwijsdoelen moeten worden geformuleerd.
- Het vormgeven van het instituutsonderwijs op een manier die het praktijkleren ondersteunt zonder het natuurlijke leerproces in de praktijk te belemmeren.
- Toetsen en beoordelen alleen als dat zinvol is, dat wil zeggen dat er altijd een balans bestaat tussen noodzaak, opbrengst en bijwerkingen (Veen et al., 2020). Uit de probleemanalyse volgt dat we bepaalde instrumenten die we nu gebruiken voor de toetsing en/of beoordeling van aios kritisch moeten bekijken. Een voorbeeld is het gebruik van het portfolio. Hierin vragen we de docent om een oordeel over de aios, maar daarmee zetten we de aios onder druk om bepaalde zaken in het portfolio aan te vullen. Dat werkt juist demotiverend en zet eigenaarschap van het leerproces onder druk (zie ook Vis, Flinterman, & Batenburg, 2022).
- Meer dan nu waarde toekennen aan het subjectief expertoordeel van opleiders en docenten, en ervoor zorgen dat zij dit oordeel kunnen omzetten in bruikbare feedback en onderbouwde voortgangsadviezen (feedforward) op een manier die past bij veilig opleiden. Ook hierin is de praktijk leidend en het instituut ondersteunend.
- De invulling van al het bovenstaande vraagt om deskundige opleiders en docenten. Docent- en opleidersprofessionalisering, expliciet gericht op het bovenstaande, is dus cruciaal.

Projectvervolg

Op basis van deze leidende principes zullen we in fase 2 van het revisieproject LOP antwoorden formuleren op de volgende vragen:

1. Is het huidige competentiemodel in samenhang met thema's/KBA's nog passend bij wat we willen bereiken in de opleiding?
2. Wat zijn andere mogelijke kaders?
3. Wat betekent dit voor de inhoud van de opleiding en de wijze waarop we daarin keuzes maken?
4. Wat betekent dit voor het programmatisch toetsen?
5. Wat betekent dit voor de rol en kwaliteiten van docenten en opleiders?
6. Wat betekent dit voor het ontwerpen van onderwijs?
7. Wat betekent dit voor het aanbod van stageplekken?
8. Wat betekent dit voor het portfolio?
9. Wat betekent dit voor de selectie van aios?
10. Wat betekent dit voor de regelgeving?

Vooruitlopend op een projectplan voor fase 2 ziet de projectgroep opnieuw een proces van co-creatie voor zich. In dit proces zal een belangrijke adviserende rol zijn weggelegd voor de verschillende coördinatorenoverleggen binnen de governance-structuur van HN. Daarnaast zullen tijdens landelijke werkconferenties aios, opleiders, docenten en alumni geraadpleegd worden. Ook de LOVAH, de LHOV, het Concilium, de Nederlandse Patiëntenfederatie, zorgverzekeraars en inhoudelijke experts binnen en buiten de huisartsopleidingen zullen worden betrokken. De projectgroep zal hierbij inhoudelijk en procesmatig de regie voeren, regelmatig aan de hoofden rapporteren en hen vragen om belangrijke besluiten te bekrachtigen.

Het nieuwe LOP zal de door het CGS in het kaderbesluit voorgeschreven hoofdstuk-indeling volgen en bevat daarom in ieder geval:

- a. een korte beschrijving van het specialisme;
- b. de ontwikkelingen binnen het specialisme;
- c. de maatschappelijk relevante onderwerpen voor het specialisme zoals weergegeven in het toetsingskader van het CGS voor landelijk opleidingsplannen;
- d. de structuur en inhoud van de opleiding;
- e. de opleidingsmethodiek;
- f. opleidingsactiviteiten;
- g. een overzicht van toetsen;
- h. een beschrijving van de borging van de kwaliteit van de opleiding;
- i. een beschrijving van de implementatie van het opleidingsplan op regionaal of lokaal niveau;
- j. het competentieprofiel van de specialist;
- k. de geoperationaliseerde competenties met de bijbehorende bekwaamheidsniveaus.

Daarnaast voegen we naar aanleiding van de uitkomsten van de kwartiermakersfase en fase 1 toe:

- l. een taak- en rolbeschrijving voor opleiders en docenten.

Een verdere beschrijving van het project volgt in het projectplan fase 2.

Referenties

- Batenburg R., Bosmans M., Versteeg S., Vis E., van Asten B., Vandermeulen L., van der Kruis L. (2019). *Balans in vraag en aanbod huisartsenzorg*. Utrecht: NIVEL.
- Biesta, G. J. J. (2015). *Het prachtige risico van onderwijs*. Culemborg: Uitgeverij Phronese.
- Boyd, V. A., Whitehead, C. R., Thille, P., Ginsburg, S., Brydges, R., Kuper, A. (2018). Competency-based medical education: the discourse of infallibility. *Medical Education*, 52(1), 45–57.
- ten Cate, O. T. J., Kusurkar, R. A., & Williams, G. C. (2011). How self-determination theory can assist our understanding of the teaching and learning processes in medical education. AMEE guide No. 59. *Medical Teacher*, 33(12), 961-973.
- Deci, E. L., & Ryan, R. M. (2012). Self-determination theory. In P. A. M. Van Lange, A. W. Kruglanski, & E. T. Higgins (Eds.), *Handbook of theories of social psychology* (pp. 416–436). Sage Publications Ltd.
- Huisartsopleiding Nederland (2016). *Landelijk opleidingsplan Huisartsgeneeskunde 2016*. Te vinden via: <https://www.huisartsopleiding.nl/wp-content/uploads/Landelijk-opleidingsplan-huisartsopleiding.pdf>
- Rietmeijer, C. (2021). Verslag kwartiermakersfase project actualisering landelijk opleidingsplan [Intern rapport].
- Rietmeijer, C., Sagasser, G., Thoonen, B., van Braak, M., Olthof, M., van Merle, A., & van Ooijen, I. (2021). Actualisering landelijk opleidingsplan. Project van Huisartsopleiding Nederland [Intern rapport].
- Rietmeijer, C., Thoonen, B., van Braak, M., Sagasser, G., van Merle, A., & Olthof, M. (2022). Rapportage fase 1 project actualisering landelijk opleidingsplan [Intern rapport].
- Sandars, J., & Cleary, T. J. (2011). Self-regulation theory: applications to medical education: AMEE Guide No. 58. *Medical Teacher*, 33(11), 875-886.
- Teunissen, P. (2018). *Leren helen* [inaugurele rede]. Maastricht University.
- Touchie, C., Ten Cate, O. (2016). The promise, perils, problems and progress of competency-based medical education. *Medical Education*, 50(1), 93–100.
- Veen, M., Skelton, J., & de la Croix, A. (2020). Knowledge, skills and beetles: respecting the privacy of private experiences in medical education. *Perspectives on Medical Education*, 9(2), 111-116.
- Vis, E., Flinterman, L., & Batenburg, R. (2022). De kwaliteit van de opleiding tot huisarts in 2021: een onderzoek onder huisartsen in opleiding. Utrecht: Nivel.
- Whitehead, C. R., Kuper, A., Hodges, B.D., Ellaway, R. (2014). Conceptual and practical challenges in the assessment of physician competencies. *Medical Teacher*, 37(3), 245-251.
- Wright, S. R., Boyd, V. A., Ginsburg, S. (2019). The Hidden Curriculum of Compassionate Care. *Academic Medicine*, 94(8), 1164-1169.

Bijlage 1

Probleemanalyse, onderwijskundige uitgangspunten en de relatie tot Biesta

Inleiding

In deze bijlage kijken we kritisch naar de uitgangspunten van het huidige landelijke opleidingsplan. We vergelijken deze uitgangspunten met de bevindingen uit de inventarisatiefase en de recente wetenschappelijke onderwijskundige inzichten. Deze bijlage is onderdeel van de probleemanalyse die we maken in het LOP op hoofdlijnen. Doel is duiding van de bevindingen en het geven van een indicatie voor oplossingsrichtingen vanuit onderwijskundig perspectief en op basis van de wetenschappelijke kennis. Deze bijlage geeft daarmee een academische onderbouwing van de standpunten, keuzes en adviezen uit het LOP op hoofdlijnen en een aanzet tot concretisering van het LOP op hoofdlijnen in de vervolgstappen.

Een analyse van het huidige LOP

Als basis voor onze analyse hanteren we de huidige vijf uitgangspunten van onze opleiding, zoals beschreven in het LOP 2016 (van der Post, Reinders, van de Vijver, & Nijveldt, 2016):

1. De aios leert vooral in de praktijk
2. Onderwijs op het opleidingsinstituut ondersteunt het leren in de praktijk
3. Kritische reflectie, observatie, feedback, toetsing en beoordeling bevorderen het leren van de aios.
4. De opleiding sluit aan op de ontwikkeling en ambities van de individuele aios.
5. Inhoudelijk en didactisch bekwame opleiders en docenten staan garant voor een goede opleiding.

1. De aios leert vooral in de praktijk.

Het LOP 2016 stelt dat het leren in de praktijk gebeurt aan de hand van:

- Stellen van leerdoelen
- Ervaring opdoen in breedte van het vak door organiseren van leerzame activiteiten
- Feedback en reflectie in leergesprekken en obv observaties

Bovenstaande opsomming is gebaseerd op het constructivistisch paradigma en het daaruit voortvloeiende sociaal constructivisme. De essentie hiervan is dat leren een actief proces is, waarin de aios zelf kennis en inzicht construeert door te zoeken naar betekenis en samenhang op basis van ervaringen en onderlinge uitwisseling (Ormrod 2016; van der Post et al., 2016). Zowel vanuit de psychologie, als vanuit diverse leertheorieën is het inzicht gegroeid dat (motivatie tot) leren ontstaat door het actief en zelf sturen van leren in relatie tot peers en de beroepsgroep (Deci & Ryan, 2000; Ormrod 2016; Pintrich, 2005; Sandars & Cleary, 2011; Ten Cate, Kusrkar, & Williams, 2011). Door het stellen van leerdoelen en organiseren van leerzame activiteiten slaan aios en opleider de brug tussen incidenteel leren en intentioneel leren, met als doel dat leren doelgericht en met verdieping plaats heeft. Dat vraagt van de aios een actieve betrokkenheid en een (mee-)sturende rol, zoals beschreven in de theorie en richtlijnen van zelfsturend leren (Sandars & Cleary, 2011; Zimmerman, 2008). Feedback en reflectie kunnen daarbij een structurende, inzicht gevende en sturende rol spelen (Hattie, 2007; Pelgrim, Kramer, Mookink, & van der Vleuten, 2012, 2013; Sandars, 2009;

van der Leeuw, Teunissen, & van der Vleuten, 2018). De verwachting is bovendien dat een sterke positionering van zelfsturend leren binnen de opleiding naast verdiepend leren ook bijdraagt aan het bevorderen van levenslang leren, wat nodig is om als professional de ontwikkelingen in het vak en de maatschappij bij te kunnen houden (Sandars & Cleary, 2011).

Empirisch onderzoek zowel binnen als buiten onze eigen huisartsopleiding bevestigt dat de genoemde uitgangspunten en processen daadwerkelijk plaatsvinden en als belangrijke uitgangspunten overeind blijven (Mokkink, Pelgrim, Kramer, & van der Vleuten, 2012; Rietmeijer et al., 2018; Sagasser, Kramer, van Weel, & van der Vleuten, 2015; Sagasser, Kramer, & van der Vleuten, 2012; Strand et al., 2015; Teunissen et al., 2007; Wiese, Kilty, & Bennett, 2018). Het uitgangspunt dat de aios vooral in de praktijk leert blijft daarmee onverminderd overeind.

2. Onderwijs op het opleidingsinstituut ondersteunt het leren in de praktijk.

De huisartsopleiding is sinds het begin een duale opleiding waarin werkplekleren wordt ondersteund door instituutsonderwijs middels een frequent geplande terugkomdag (Osselen, 2016). Het LOP 2016 stelt dat terugkomdagonderwijs als ondersteuning van het praktijkleren bereikt kan worden door:

- Door duidelijke doelen of criteria voor onderwijs te stellen, zoals
- Verbinding leggen tussen praktijkervaring en theorie
- Positieve rolmodellen laten zien
- Vaardigheidstraining
- Reflectie op eigen handelen en leerproces
- Leren in groepen
- Onderbouwde besluiten over inhoud
- Zorgen voor samenhang: wat komt waar aan de orde? Waar leert de aios wat?

Een groot deel van de aios beleeft de terugkomdag als ondersteunend aan de praktijk (Vis, Flinterman, & Batenburg, 2021). Uit de kwartiermakersfase bleek echter ook de ervaring van een overvol programma met onvoldoende ruimte voor individuele keuzes, onvoldoende kunnen reageren op actuele ontwikkelingen en de wens tot invoegen van nieuwe onderwerpen als e-health, brede gezondheidsconcepten en duurzaamheid. We zijn en blijven op zoek naar een evenwichtige balans tussen geplande inhoud en vrije ruimte. Er is geen eenduidige en volledig inclusieve oplossing voor dit probleem. Belangrijk is om te realiseren dat niet alles kan en hoeft. Dat maakt het noodzakelijk om kritische keuzes te maken. Een goede steun daarbij kan op inhoud worden gevonden in de huidige thema's en KBA's (Bonnie, Visser, Bont, Kramer, & van Dijk, 2019; Thoonen, 2020). Dat maakt het noodzakelijk dat we gaan zoeken naar passende strategieën voor de invulling van het curriculum met betrekking tot inhoud en werkvormen. Naast onderlinge dialoog en uitwisseling kan het behulpzaam zijn om in fase 2 te kijken naar de rol van een evaluatiekader, de bijdrage van verschillende betrokkenen (docent, coordinator, beleidsmaker) en de plekken waar besluitvorming plaats heeft (Thomas & Ellaway, 2021; Van Melle et al., 2019).

Met betrekking tot het ontwerpen en de invulling van onderwijs op het instituut en in de praktijk is en blijft 'constructive alignment' het leidend principe: onderwijs wordt ontwikkeld op basis van samenhang tussen leeropbrengsten/-doelen, werkvormen en toetsing (Biggs, 1996; Dent, Harden, Hunt, & Hodges, 2017). Toetsing dient daarbij ruim geïnterpreteerd te worden en heeft betrekking op iedere vorm van feedback verzamelen op gestelde doelen en de eventueel nog noodzakelijke stappen om die doelen te realiseren. Door

dit uitgangspunt zowel op curriculumniveau, als bij het ontwerp van onderwijs binnen het curriculum te hanteren, ontstaat samenhang in het curriculum. Uit de bevindingen van de kwartiermakersfase komen signalen dat er ruimte is voor verbetering. Zo bleek dat opdrachten uit de terugkomdag regelmatig ongewenst interfereren met het leren in de praktijk. Dat staat haaks op doelstelling 2. De introductie van de thema's en KBA's als kaders voor het leren en werken vraagt mogelijk om andere ontwerpmethodes (Dent et al., 2017; van Merriënboer, 2017). Een mogelijke oplossingsrichting kan zijn om KBA's als complexe taken te zien en daarbij onderwijs te ontwikkelen op basis van taakgerichte benaderingen zoals 'team-based' leren en het ontwerpen van onderwijs op basis van het 4c-id model (Maggio, Cate, Irby, & O'Brien, 2015; Merrienboer & Kirschner, 2018; Parmelee, Hyderie, & Michaelsen, 2017; Peters, Clarebout, Van Nuland, Aertgeerts, & Roex, 2017; Vandewaetere et al., 2015). In fase 2 willen we verkennen of en hoe aanvullende of andere ontwerp strategieën kunnen bijdragen aan instituutsonderwijs dat versterkend bijdraagt aan de leerwerkplek.

Ten slotte heeft de Covid-pandemie de digitalisering van de opleiding in een versnelling gebracht. Een van de lessen hieruit is dat de strategie van 'blended learning' een passende en taakgerichte bijdrage kan leveren aan het vormgeven van onderwijs dat het praktijkleren ondersteunt (N. de Jong, Savin-Baden, Cunningham, & Verstegen, 2014; Garrison & Kanuka, 2004; George-Walker & Keeffe, 2010; Mirriahi, Alonzo, & Fox, 2015).

3. Kritische reflectie, observatie, feedback, toetsing en beoordeling bevorderen het leren van de aios.

Deze doelstelling wordt in het LOP 2016 gerealiseerd door de volgende acties en aandachtspunten te hanteren:

- Er is een definitie van 'observeren', 'toetsen' en 'beoordelen'.
- Continu toetsen obv uitgangspunten programmatisch toetsen
- Gericht op feedback en ontwikkeling (feedforward)
- Thema's en KBA's zijn leidend mbt inhoud en aandacht
- Vast momenten van 'beoordeling' obv competentieontwikkeling
- Portfolio is hulpmiddel en geeft structuur

De definitie van toetsen en beoordelen uit het LOP 2016 sluit niet aan bij de beleving in de praktijk. Toetsen voelen voor de aios aan als beoordelen en onderdeel van beslissen. Dat maakt mede dat de hoeveelheid toetsen (toetsdruk) als hoog wordt ervaren. Er is een veelheid aan empirische kennis die onderbouwt dat een (te) hoge toetsdruk motivatie en zelfsturing ondermijnt (H. G. Bok et al., 2013; Segers & Dochy, 2006; Sluijsmans & Segers, 2018; Watling & Ginsburg, 2019).

In de huisartsopleiding vormen thema's en KBA's de kaders voor de inhoud van de opleiding. De beoordeling gebeurt op basis van inschatting van niveau en ontwikkeling van de competenties, zoals deze beschreven staan in het competentieprofiel van de huisarts (van de Vijver et al., 2016). In een matrix structuur is bij ieder thema de samenhang tussen KBA's en de betrokken competentiegebieden in kaart gebracht. Uitgaande van het competentiegericht beoordelen is er een solide *theoretische* basis voor programmatisch toetsen (Holmboe, Sherbino, Long, Swing, & Frank, 2010; Norcini et al., 2018; van der Vleuten et al., 2012; van der Vleuten, Schuwirth, Scheele, Driessen, & Hodges, 2010). Toch zijn er in de realiteit ondermijnende factoren, die maken dat het programmatisch toetsen binnen onze opleiding onvoldoende succesvol is.

In het kader van programmatisch toetsen moet iedere toets voldoen aan zowel het genereren van inzichtgevende feedback als aan het bijdragen als datapunt in de beoordeling (H. G. Bok et al., 2013; Lockyer et al., 2017; Schuwirth & van der Vleuten, 2011, 2012; van der Vleuten, Lindemann, & Schmidt, 2018; van der Vleuten et al., 2012). De toetsen binnen het huidige toetsprogramma lijken niet altijd (voldoende) aan bovengenoemde uitgangspunten te voldoen (Dankbaar et al., 2014; Dijksterhuis et al., 2009; Smulders, 2021). In de dialogen met de LOCT valt in het discours op dat de formatieve en summatieve doelen van toetsen (in de zin van instrumenten) als dichotoom worden gezien: het dient ofwel (voornamelijk) het één, of het ander. Daardoor ontstaat ongewenste spanning tussen de doelstellingen van toetsen, binnen de context van programmatisch toetsen, die haaks staat op een van de fundamentele uitgangspunten van programmatisch toetsen: er is geen sprake meer van summatief en formatief, maar van een continuüm van belangen die voor ieder toets- en beoordelingsmoment verschillen (van der Vleuten et al., 2018; van der Vleuten et al., 2012; van der Vleuten et al., 2010). Deze spanningen worden ook in de literatuur onderkend (Heeneman, Oudkerk Pool, Schuwirth, van der Vleuten, & Driessen, 2015; Schut et al., 2021). Zoeken naar wegen om deze spanning te verminderen en werken aan een benadering waarin het één EN het ander verenigd worden, lijkt volgens sommigen een haalbare uitweg om de doelstellingen van programmatisch toetsen te realiseren (Govaerts, van der Vleuten, & Holmboe, 2019).

De tweede factor die van belang is voor het begrijpen en hanteren van de ervaren toetsdruk en de discussie rondom programmatisch toetsen, is de balans tussen het subjectieve oordeel van opleider en docent en gedocumenteerde informatie (in het portfolio). De studie van de Jong et al (2019) biedt inzichten, die uitnodigen tot een kritische kijk op ons huidige toetsplan en de lokale toetsprogramma's. Zo bleek er in de context van programmatisch toetsen binnen de opleiding tot dierenarts geen relatie te zijn tussen het aantal verzamelde observaties en de consensus van beoordelaars. Ook verzamelden studenten spontaan meer feedback dan voor beoordeling nodig was en was er opvallend vaak overeenkomst tussen verschillende beoordelaars in hun oordeel over de student. Verzadiging, in de zin van voldoende datapunten, lijkt meer dan bereikt en de indruk ontstaat dat beoordelaars hun oordeel vroegtijdig vellen op andere gronden. Deze bevindingen suggereren dat er ruimte is voor een kritische dialoog over wat minimaal nodig voor oordeelsvorming en wat optioneel overgelaten kan worden aan de aios om voor het eigen leren benodigde feedback te verzamelen.

De derde factor, ook weer gerelateerd aan voorgaande punten, is het huidige gebruik van het portfolio. Het portfolio werkt onvoldoende ondersteunend (Vis et al., 2021). De inhoud en kwaliteit van feedback, reflectie en planning laten te wensen over (Mokkink et al., 2012; Pelgrim et al., 2012; van der Gulden et al., 2020). De druk van docenten op aios met betrekking tot structuur en inhoud van het portfolio werkt demotiverend en ondermijnt het eigenaarschap (Driessen, 2017; Schut et al., 2021) [van der Gulden, 2022, submitted; van der Gulden, 2022, under review].

Diverse factoren dragen dus bij aan de als hoog ervaren toetsdruk en een gevoel van bureaucratie. Dat is niet alleen demotiverend voor de aios. Het heeft ook consequenties voor opleiders, docenten en voor de besluitvorming (beoordeling). Te hoge toetsdruk ondermijnt het vertrouwen en de kwaliteit van toetsen als bronnen van feedback voor het leren en als bron van informatie voor beoordeling (Schut et al., 2021). Een van de gevolgen is afname van het gebruik van het portfolio, het gebruik van alternatieve bronnen en de ontwikkeling van schaduwdoSSIERS (Castanelli, Weller, Molloy, & Bearman, 2019; Schut et al., 2021). Er zijn aanwijzingen dat dit ondermijnend is voor de kwaliteit van de besluitvorming (Tweed & Wilkinson, 2019; Wilkinson & Tweed, 2018). Tegelijkertijd zijn er voldoende aanwijzingen dat niet alles gedocumenteerd hoeft te worden en dat het professionele (subjectieve) oordeel van supervisors en/of docenten waardevol en

betrouwbaar kan zijn (H. G. J. Bok, de Jong, O'Neill, Maxey, & Hecker, 2018; de Jonge et al., 2017; Hauer et al., 2014).

Vornoemde analyse suggereert dat er sprake is van een implementatieprobleem met betrekking tot programmatisch toetsen (H. G. Bok et al., 2013). Dat is echter maar de vraag. Bovenstaande analyse laat zien dat de theoretische uitgangspunten van programmatisch toetsen in de praktijk anders uitwerken. Zijn dan de uitgangspunten van programmatisch toetsen wel juist en passend voor de huisartsopleiding? Ook de literatuur laat zien dat programmatisch toetsen niet altijd aan de verwachtingen voldoet en dat een kritische dialoog over de uitgangspunten nodig is en blijft om competentiegericht toetsen duurzaam te ontwikkelen (Dauphinee, Boulet, & Norcini, 2019; Schut et al., 2021; Wilkinson & Tweed, 2018). Daarom vinden we het noodzakelijk om eerst kritisch de uitgangspunten van programmatisch toetsen ter discussie te stellen. Pas als deze nog steeds passend blijken, pleit dit voor een implementatieprobleem. Als we op andere uitgangspunten uitkomen, dan vraagt die bevinding om een herziening van het huidige toetsprotocol, het daaruit voortvloeiende toetsplan en de lokale toetsprogramma's.

Samenvattend nopen bovengenoemde bevindingen en factoren naar de mening van de projectgroep tot een herijkende dialoog (met stakeholders/LOCT/...) over:

- Of programmatisch toetsen bijdraagt aan het realiseren van de beoogde doelen: het leren van de aios ondersteunen én een transparante en betrouwbare oordeels- en besluitvorming.
- Hoe te komen tot een evenwichtige balans tussen wat beoordeeld moet en beoordeeld kan worden.
- Het verder ontwikkelen van een systeem van observeren, toetsen en beoordelen dat bij intuïtief gebruik, ook door relatief onervaren opleiders en docenten, doet wat het doen moet, en waarin een balans bestaat tussen noodzaak, opbrengst en bijwerkingen.
- Of en hoe het portfolio als instrument kan bijdragen aan de realisatie van de beoogde doelen.

4. De opleiding sluit aan op de ontwikkeling en ambities van de individuele aios.

In het LOP 2016 worden als aandachtspunten en werkwijze genoemd:

- Flexibiliteit
- Keuzeonderwijs en differentiatie
- Keuze van opleidingspraktijk en stage
- Opleider en aios organiseren leerzame en uitdagende activiteiten obv persoonlijke leerdoelen van de aios
- Vrijstellingen obv eerder verworven competenties

Zowel bij het ophalen van input in fase 1 van de actualisering LOP, als in de recente NIVEL enquête blijkt de ruimte voor individualisering nog onvoldoende (Vis et al., 2021). Uit een intern rapport van huisartsopleiding Nijmegen op basis van een enquête en focusgroep interviews, bleek dat veel aios onvoldoende bekend zijn met en gebruik maken van de mogelijkheden voor individualisering. Of deze bevindingen ook van toepassing zijn op de overige instituten is niet zeker. In ieder geval is er een breed gedragen gevoel van discrepantie tussen de wens om de aios 'in de lead' te zetten versus de wijze waarop aios dit beleven en terugrapporteren. Hoe dit ontstaat is onduidelijk en een oriënterende literatuursearch naar individualisering in postacademisch en competentiegericht onderwijs levert geen aanvullend inzicht in mogelijke verklaringen. Wel is duidelijk dat individualisering specifieke ontwerpisen stelt aan het curriculum (Gruppen et al., 2016; Sava, 2012). Voor fase 2 verdient het aanbeveling om de huidige strategieën voor individualisering onder de

loep te nemen. Waarom wordt het huidige aanbod (te) beperkt benut en passen we wel de juiste strategie toe? Wellicht dient uitdiepen van de ervaren discrepantie ook onderdeel te worden van de gezamenlijke onderzoeksagenda.

5. Inhoudelijk en didactisch bekwame opleiders en docenten staan garant voor een goede opleiding.

Het LOP 2016 beschrijft hierbij de volgende aandachtspunten:

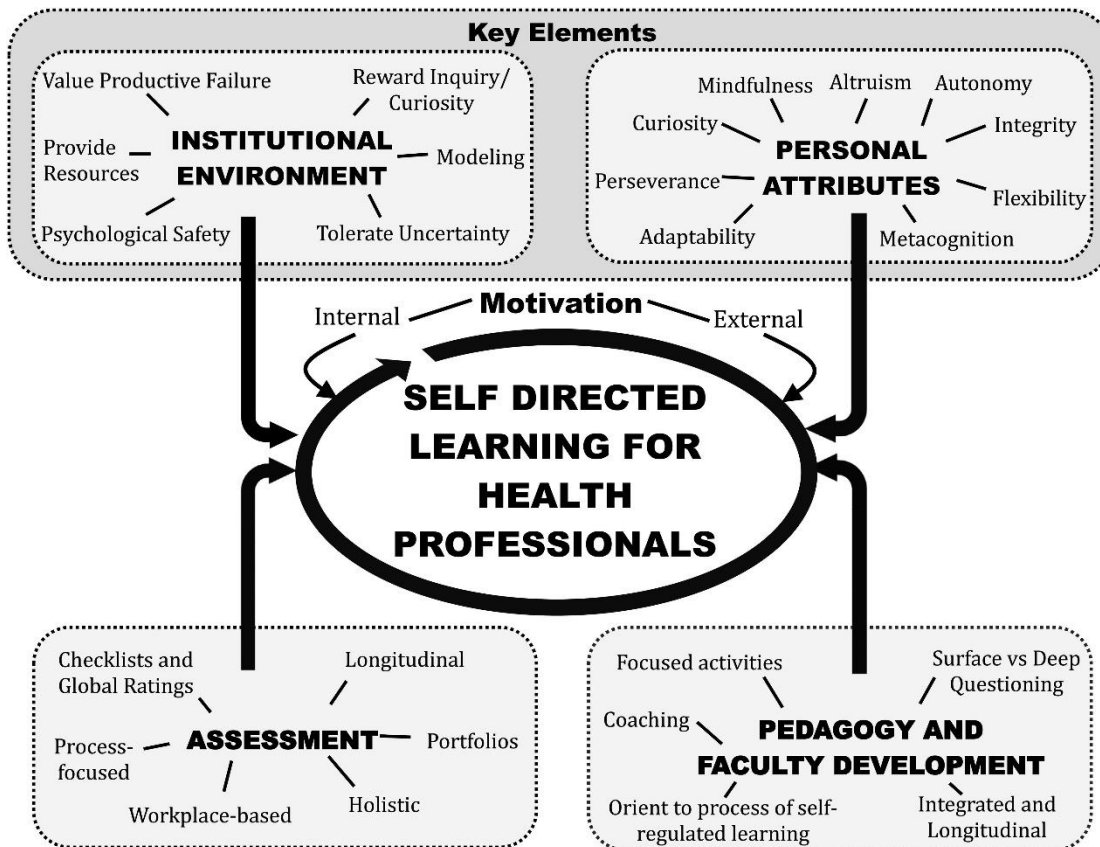
- Opleiders en docenten voldoen aan hun specifieke competentieprofielen en worden hierop geschoold
- Het curriculum wordt vertaald naar eisen aan docenten en bepaalt mate van inzet van experts, zoals kaderhuisartsen
- Nieuwe ontwikkelingen kunnen aios, opleiders en docenten samen leren door er mee bezig te zijn.

Over het algemeen zijn aios tevreden over de kwaliteit van opleiders en (expert-) docenten. Op grond van wat is opgehaald in fase 1 lijkt er geen aanleiding om dit uitgangspunt te herzien. Het verdient wel aanbeveling om bij de concretisering in fase 2 kritisch en alert te blijven op mogelijke consequenties voor docentprofessionalisering en de competentieprofielen van docent en opleider. Wellicht is aanpassing van de competentieprofielen nodig. Aanpassing en de vernieuwingen in het toekomstige LOP hebben in ieder geval consequenties voor docentprofessionalisering (Steinert et al., 2016; Thomas & Ellaway, 2021). Door in fase 2 daar al alert op te zijn, blijven ontwikkeling en implementatie van het LOP met elkaar in de pas lopen.

De plaats van zelfsturend leren in onze opleiding

In bijna alle hiervoor genoemde uitgangspunten van het huidige opleidingsplan klinken het belang en het stimuleren van zelfsturend leren door. Het is daarom des te opvallender dat zelfsturing niet apart als een van de uitgangspunten is beschreven in het LOP 2016. Zelfsturend leren is een belangrijke pijler van onze opleiding. Motto's als 'Aios in de lead' klinken als vanzelfsprekend en worden breed gedragen. De praktijk blijkt echter weerbarstiger. Aios vinden de opleiding nog vaak schools en bouwstenen die zouden moeten bijdragen aan een daadwerkelijke zelfsturing pakken anders en soms tegengesteld uit (Vis, Batenburg, & van der Velden, 2018; Vis et al., 2021).

In een recente consensus statement stellen Ricotta et al (2021) dat zelfsturend leren een fundamenteel onderdeel zou moeten zijn van medisch onderwijs, omdat het bijdraagt aan de ontwikkeling van levenslang leren en een professionele identiteit. Een punt van kritiek op voornoemde consensus statement is wellicht dat de auteurs suggereren dat zelfsturing daarbij ook observeerbaar, meetbaar en beoordeelbaar is. De projectgroep betwijfelt dat. Desalniettemin biedt deze publicatie een bruikbaar kader om in fase 2 in dialoog te gaan over de wijze waarop onze opleiding kan bijdragen aan zelfsturing en de ontwikkeling tot professionele huisarts. Dit kader is samengevat in onderstaande figuur. Deze figuur laat zien dat er veel aandachtspunten zijn bij het inrichten van een opleiding met ruimte voor zelfsturend leren en de ontwikkeling van levenslang lerende professionals. De inhoud van deze figuur is coherent met het gedachtegoed van sociaal-materialisme, dat beschrijft hoe zowel de aanwezige materiele omgeving als de zichtbare en onzichtbare sociale processen in samenhang de leeromgeving vormen en bepalen (Fenwick, 2014).



De sociaal-materiële betekenis van het Landelijk opleidingsplan

Het LOP is het door het CGS vastgestelde kaderstellende document voor alle huisartsopleidingen. Het beschrijft:

- Het profiel van het specialisme huisartsgeneeskunde
- Het Competentieprofiel
- De Inhoud van de opleiding
- De didactiek
- De toetsing
- De structuur
- Belang van het LOP

In het denken over leren hebben we een ontwikkeling gezien, van individueel cognitief naar sociaal constructief en sociaal cultureel: ervaringsleren in *communities of practice*. De laatste jaren is er daarbij meer aandacht gekomen voor het sociaal-materiële denken over onderwijs. Sociaal-materialisme benadrukt het belang van 'matter'. (Fenwick 2014) Dus omgeving, gebouw, gereedschappen, structuren, patiëntstromen, protocollen, die ons sterk beïnvloeden. We denken te veel dat het subjectieve en intersubjectieve bepalend is maar het sociaal-materiële geheel waar we in zitten is vaak veel bepalender, aldus het sociaal-materialisme. Het is daarom van belang de sociaal-materiële aspecten goed te beschrijven, én ze daarbij te bevragen: wat zijn de vaststaande feiten en structuren en wat zijn de stilzwijgende afspraken en gewoontes? Op weg naar een goed LOP moeten we ervoor zorgen dat de visie op opleiden klopt met de vaststaande feiten en structuren. Daarnaast moeten we alle relevante afspraken, gewoontes, theorieën, modellen en protocollen bevragen en ze in overeenstemming brengen met onze visie op opleiden. Deze interne

consistentie is van groot belang om de gebruikers van de opleiding -aios, opleiders en docenten- te helpen het goede te doen met het oog op onze gezamenlijke visie op opleiden.

De toevoeging van Biesta als overstijgend kader

De uitgangspunten van het LOP 2016 behoeven op onderdelen bijstelling en/of een kritische herijking. Daarnaast zou het zelfsturend leren als aanvullend uitgangspunt geformuleerd moeten worden. Alles bij elkaar is een (herijkende) dialoog nodig over onze uitgangspunten en over de gemaakte keuzes binnen die uitgangspunten. We denken dat voor het voeren van deze dialoog en de actualisering van ons Landelijk opleidingsplan een breder perspectief op het doel van opleiden als uitgangspunt kan helpen. Een dergelijk perspectief wordt geboden in het gedachtegoed van Biesta (G. J. J. Biesta, 2014; G. J. J. Biesta & van Braak, 2020; Braak, Biesta, & Veen, 2021). Waarom denken we dit te vinden in de onderwijsfilosofie van Biesta? Biesta maakt in zijn onderwijsfilosofische ideeën onderscheid tussen drie domeinen waar een opleiding aan kan bijdragen: kwalificatie (hoe wordt je kundig en vaardig), socialisatie (hoe maak je je de normen en waarden van een beroepsgroep eigen) en subjectificatie (hoe neem je op een eigen, unieke manier je verantwoordelijkheid binnen de beroepsgroep). Deze driedeling vraagt expliciet ruimte binnen opleidingen voor de vorming van individuele professionals.

Het gedachtegoed van Biesta vond veel weerklank bij de opleiders, docenten en aios die we spraken tijdens de kwartiermakersfase en in fase 1 van de actualisering van het LOP. Biesta geeft ons nieuwe taal om te beschrijven wat we in de huidige opleiding doen en wat we nalaten in de vorming van toekomstige huisartsen (namelijk in termen van kwalificatie, socialisatie en subjectificatie). Het past bovendien goed in de traditie van de huisartsopleiding met haar ruimte voor reflectie en peer learning in het kader van persoonlijk professionele ontwikkeling. Biesta's gedachtegoed is daarnaast onderwijskundig gezien actueel en mondiaal gedragen. Het bouwt expliciet voort op een rijke onderwijspedagogische denktraditie van mensen als Arendt, Derrida, Levinas en Rancière.

Bij de toepassing van dit gedachtegoed binnen de context van de huisartsopleiding is het wel belangrijk hoe we dit vertalen in huisarts-bekende taal. Subjectificatie bijvoorbeeld, is volgens Biesta niet hetzelfde als persoonlijke ontwikkeling van een professional (G. Biesta, 2020). Over dit begrip ontstaat makkelijk verwarring, maar het helpt ons tegelijkertijd wel om te begrijpen dat persoonlijk professionele ontwikkeling gebaat is bij een maximum aan vrijheid voor eigen keuzes en om te voorkomen dat kwalificatie te dominant wordt. Aanzetten voor concretisering van Biesta's gedachtegoed naar de onderwijspraktijk vinden we in Eidhof, Janssens, & Ris (2021).

Kritische onderwijsfilosofische noten bij het gedachtegoed van Biesta zijn er ook. Vlieghe en Zamojski (2019), bijvoorbeeld, betogen onder meer dat Biesta te weinig aandacht heeft voor de onderwijsinhoud, en door de aandacht voor de vorming van 'het zelf' te weinig aandacht voor 'de wereld'. Deze discussies doen niet af aan de waarde van de taal die Biesta's gedachtegoed biedt voor het nadenken over hoe wij onze volgende generatie huisartsen opleiden.

Concluderend sluit de kijk op opleiden van Biesta goed aan bij de traditionele waarden van de huisartsopleiding, geeft deze een brede kijk op opleiden vanuit een rijke onderwijspedagogische traditie en vindt zij veel weerklank bij alle betrokkenen bij de huisartsopleiding. Daarom vinden we de kijk op opleiden volgens Biesta een bruikbare basis voor de vernieuwing van het landelijk opleidingsplan. Dat laat onverlet dat we, indachtig de critici, uiteraard ook de 'onderwijsinhoud' en de aandacht voor 'de wereld' centraal stellen.

Literatuur

- Biesta, G. (2020). Risking Ourselves in Education: Qualification, Socialization, and Subjectification Revisited. *Educational Theory*, 70(1), 89-104. doi:<https://doi.org/10.1111/edth.12411>
- Biesta, G. J. J. (2014). *Het prachtige risico van onderwijs* (A. L. James, R. Kneyber, & G. J. J. Biesta, Trans.). www.uitgeverijphronese.nl: Uitgeverij Phronese.
- Biesta, G. J. J., & van Braak, M. (2020). Beyond the Medical Model: Thinking Differently about Medical Education and Medical Education Research. *Teach Learn Med*, 32(4), 449-456. doi:10.1080/10401334.2020.1798240
- Biggs, J. (1996). Enhancing teaching through constructive alignment. *Higher Education : The International Journal of Higher Education and Educational Planning*, 32(3), 347-364.
- Bok, H. G., Teunissen, P. W., Favier, R. P., Rietbroek, N. J., Theyse, L. F., Brommer, H., . . . Jaarsma, D. A. (2013). Programmatic assessment of competency-based workplace learning: when theory meets practice. *BMC Medical Education*, 13(1), 123. doi:10.1186/1472-6920-13-123
- Bok, H. G. J., de Jong, L. H., O'Neill, T., Maxey, C., & Hecker, K. G. (2018). Validity evidence for programmatic assessment in competency-based education. *Perspect Med Educ*, 7(6), 362-372. doi:10.1007/s40037-018-0481-2
- Bonnie, L. H. A., Visser, M. R. M., Bont, J., Kramer, A. W. M., & van Dijk, N. (2019). Trainers' and trainees' expectations of entrustable professional activities (EPAs) in a primary care training programme. *Education for Primary Care*, 30(1), 13-21. doi:10.1080/14739879.2018.1532773
- Braak, M. v., Biesta, G. J. J., & Veen, M. (2021). Waartoe leiden wij op? *Huisarts en Wetenschap*, 64(7), 82-84. doi:10.1007/s12445-021-1173-4
- Castanelli, D. J., Weller, J. M., Molloy, E., & Bearman, M. (2019). Shadow systems in assessment: how supervisors make progress decisions in practice. *Adv Health Sci Educ Theory Pract*. doi:10.1007/s10459-019-09913-5
- Dankbaar, M. E., Stegers-Jager, K. M., Baarveld, F., Merrienboer, J. J., Norman, G. R., Rutten, F. L., . . . Schuit, S. C. (2014). Assessing the assessment in emergency care training. *PLoS One*, 9(12), e114663. doi:10.1371/journal.pone.0114663
- Dauphinee, W. D., Boulet, J. R., & Norcini, J. J. (2019). Considerations that will determine if competency-based assessment is a sustainable innovation. *Adv Health Sci Educ Theory Pract*, 24(2), 413-421. doi:10.1007/s10459-018-9833-2
- de Jong, L. H., Bok, H. G. J., Kremer, W. D. J., & van der Vleuten, C. P. M. (2019). Programmatic assessment: Can we provide evidence for saturation of information? *Medical Teacher*, 41(6), 678-682. doi:10.1080/0142159X.2018.1555369
- de Jong, N., Savin-Baden, M., Cunningham, A. M., & Verstegen, D. M. (2014). Blended learning in health education: three case studies. *Perspectives on Medical Education*, 3(4), 278-288. doi:10.1007/s40037-014-0108-1
- de Jonge, L., Timmerman, A. A., Govaerts, M. J. B., Muris, J. W. M., Muijtjens, A. M. M., Kramer, A. W. M., & van der Vleuten, C. P. M. (2017). Stakeholder perspectives on workplace-based performance assessment: towards a better understanding of assessor behaviour. *Adv Health Sci Educ Theory Pract*, 22(5), 1213-1243. doi:10.1007/s10459-017-9760-7
- Deci, E. L., & Ryan, R. M. (2000). The "What" and "Why" of Goal Pursuits: Human Needs and the Self-Determination og Behaviour. *Psychological Inquiry*, 11(4), 227-268.
- Dent, J. A., Harden, M. H., Hunt, D., & Hodges, B. D. (2017). *A practical guide for medical teachers* (J. A. Dent, M. H. Harden, & D. Hunt Eds. Fith Edition ed.). Edinburgh London New York Oxford Philadelphia St Louis Sydney Toronto: Elsevier.

- Dijksterhuis, M. G., Scheele, F., Schuwirth, L. W., Essed, G. G., Nijhuis, J. G., & Braat, D. D. (2009). Progress testing in postgraduate medical education. *Med Teach*, 31(10), e464-468. doi:10.3109/01421590902849545
- Driessen, E. (2017). Do portfolios have a future? *Adv Health Sci Educ Theory Pract*, 22(1), 221-228. doi:10.1007/s10459-016-9679-4
- Eidhof, B., Janssens, M., & Ris, J. (2021). *Wereldgericht onderwijzen: Biesta in de praktijk*.
- Fenwick, T. (2014). Sociomateriality in medical practice and learning: attuning to what matters. *Med Educ*, 48(1), 44-52. doi:10.1111/medu.12295
- Garrison, D. R., & Kanuka, H. (2004). Blended learning: Uncovering its transformative potential in higher education. *The Internet and Higher Education*, 7(2), 95-105. doi:10.1016/j.iheduc.2004.02.001
- George-Walker, L. D., & Keeffe, M. (2010). Self-determined blended learning: a case study of blended learning design. *Higher Education Research & Development*, 29(1), 1-13. doi:10.1080/07294360903277380
- Govaerts, M. J. B., van der Vleuten, C. P. M., & Holmboe, E. S. (2019). Managing tensions in assessment: moving beyond either-or thinking. *Medical Education*, 53(1), 64-75. doi:10.1111/medu.13656
- Gruppen, L. D., Burkhardt, J. C., Fitzgerald, J. T., Funnell, M., Haftel, H. M., Lypson, M. L., . . . Vasquez, J. A. (2016). Competency-based education: programme design and challenges to implementation. *Med Educ*, 50(5), 532-539. doi:10.1111/medu.12977
- Hattie, J. (2007). The power of feedback. *Review of Educational Research*, 77(1), 81.
- Hauer, K. E., Ten Cate, O., Boscardin, C., Irby, D. M., Iobst, W., & O'Sullivan, P. S. (2014). Understanding trust as an essential element of trainee supervision and learning in the workplace. *Adv Health Sci Educ Theory Pract*, 19(3), 435-456. doi:10.1007/s10459-013-9474-4
- Heeneman, S., Oudkerk Pool, A., Schuwirth, L. W., van der Vleuten, C. P. M., & Driessen, E. W. (2015). The impact of programmatic assessment on student learning: theory versus practice. *Medical Education*, 49(5), 487-498. doi:10.1111/medu.12645
- Holmboe, E. S., Sherbino, J., Long, D. M., Swing, S. R., & Frank, J. R. (2010). The role of assessment in competency-based medical education. *Medical Teacher*, 32(8), 676-682. doi:10.3109/0142159X.2010.500704
- Lockyer, J., Carraccio, C., Chan, M. K., Hart, D., Smee, S., Touchie, C., . . . Collaborators, I. (2017). Core principles of assessment in competency-based medical education. *Medical Teacher*, 39(6), 609-616. doi:10.1080/0142159X.2017.1315082
- Maggio, L. A., Cate, O. T., Irby, D. M., & O'Brien, B. C. (2015). Designing evidence-based medicine training to optimize the transfer of skills from the classroom to clinical practice: applying the four component instructional design model. *Acad Med*, 90(11), 1457-1461. doi:10.1097/ACM.0000000000000769
- Merriënboer, J. G. v., & Kirschner, P. A. (2018). *Ten steps to complex learning* (Third edition ed.). New York: Routledge.
- Mirriahi, N., Alonzo, D., & Fox, B. (2015). A blended learning framework for curriculum design and professional development. *Research in Learning Technology*, 23. doi:10.3402/rlt.v23.28451
- Mokkink, H., Pelgrim, E., Kramer, A., & van der Vleuten, C. P. M. (2012). Quality of written narrative feedback and reflection in a modified mini-clinical evaluation exercise: an observational study. *BMC Medical Education*, 12(1), 1-6. doi:10.1186/1472-6920-12-97
- Norcini, J., Anderson, M. B., Bollela, V., Burch, V., Costa, M. J., Duvivier, R., . . . Swanson, D. (2018). 2018 Consensus framework for good assessment. *Medical Teacher*, 40(11), 1102-1109. doi:10.1080/0142159X.2018.1500016
- Ormrod, J. E. (2016). *Human learning* (Seventh edition. Global edition ed.). Essex: Pearson Education Limited.
- Osselen, E. v. (2016). Een nieuwe dokter, een nieuwe opleiding. *Huisarts en Wetenschap*, 59(5), 218-221.

- Parmelee, A., Hyderie, A., & Michaelsen, L. K. (2017). Team-based learning. In J. A. Dent, M. H. Harden, & D. Hunt (Eds.), *A practical guide for medical teachers*. Edinburgh London New York Oxford Philadelphia St Louis Sydney Toronto: Elsevier.
- Pelgrim, E. A., Kramer, A. W., Mokkink, H. G., & van der Vleuten, C. P. M. (2012). The process of feedback in workplace-based assessment: organisation, delivery, continuity. *Medical Education*, *46*(6), 604-612. doi:10.1111/j.1365-2923.2012.04266.x
- Pelgrim, E. A., Kramer, A. W., Mokkink, H. G., & van der Vleuten, C. P. M. (2013). Written narrative feedback, reflections and action plans in single-encounter observations: an observational study. *Perspect Medical Education*. doi:10.1007/s40037-013-0049-0
- Peters, S., Clarebout, G., Van Nuland, M., Aertgeerts, B., & Roex, A. (2017). How to connect classroom and workplace learning. *The Clinical Teacher*, *14*(5), 313-318. doi:10.1111/tct.12697
- Pintrich, P. R. (2005). The Role of Goal Orientation in Self Regulated Learning. In M. Zeidner, P. R. Pintrich, & M. Boekaerts (Eds.), *Handbook of Self-Regulation*. Burlington, MA: Academic Press.
- Ricotta, D. N., Richards, J. B., Atkins, K. M., Hayes, M. M., McOwen, K., Soffler, M. I., . . . Schwartzstein, R. M. (2021). Self-Directed Learning in Medical Education: Training for a Lifetime of Discovery. *Teach Learn Med*, 1-11. doi:10.1080/10401334.2021.1938074
- Rietmeijer, C. B. T., Huisman, D., Blankenstein, A. H., de Vries, H., Scheele, F., Kramer, A. W. M., & Teunissen, P. W. (2018). Patterns of direct observation and their impact during residency: general practice supervisors' views. *Medical Education*. doi:10.1111/medu.13631
- Sagasser, M. H., Kramer, A. W., van Weel, C., & van der Vleuten, C. P. M. (2015). GP supervisors' experience in supporting self-regulated learning: a balancing act. *Advances in Health Sciences Education*, *20*(3), 727-744. doi:10.1007/s10459-014-9561-1
- Sagasser, M. H., Kramer, A. W. M., & van der Vleuten, C. P. M. (2012). How do postgraduate GP trainees regulate their learning and what helps and hinders them? A qualitative study. *BMC Medical Education*, *12*, 67.
- Sandars, J. (2009). The use of reflection in medical education: AMEE Guide No. 44. *Med Teach*, *31*(8), 685-695. doi:10.1080/01421590903050374
- Sandars, J., & Cleary, T. J. (2011). Self-regulation theory: applications to medical education: AMEE Guide No. 58. *Medical Teacher*, *33*(11), 875-886. doi:10.3109/0142159X.2011.595434
- Sava, S. (2012). *Needs analysis and programme planning in adult education* [1 online resource (163 pages) : illustrations.]. doi:10.3224/86649481
- Schut, S., Maggio, L. A., Heeneman, S., van Tartwijk, J., van der Vleuten, C., & Driessen, E. (2021). Where the rubber meets the road - An integrative review of programmatic assessment in health care professions education. *Perspect Med Educ*, *10*(1), 6-13. doi:10.1007/s40037-020-00625-w
- Schuwirth, L. W., & van der Vleuten, C. P. M. (2011). Programmatic assessment: From assessment of learning to assessment for learning. *Medical Teacher*, *33*(6), 478-485. doi:10.3109/0142159X.2011.565828
- Schuwirth, L. W., & van der Vleuten, C. P. M. (2012). Programmatic assessment and Kane's validity perspective. *Medical Education*, *46*(1), 38-48. doi:10.1111/j.1365-2923.2011.04098.x
- Segers, M., & Dochy, F. (2006). Enhancing student learning through assessment: alignment between levels of assessment and different effects on learning. *Studies in educational education*(32), 8. doi:10.1016/i.stueduc.2006.08.003
- Slujsmans, D. M. A., & Segers, M. (2018). *Toetsrevolutie. Naar een feedbackcultuur in het hoger onderwijs*: Uitgeverij Phronese.
- Smulders, S. (2021). Wat leren aiossen van de landelijke kennistoets? *Huisarts en Wetenschap*, *64*(7), 15-18. doi:10.1007/s12445-021-1163-6
- Steinert, Y., Mann, K., Anderson, B., Barnett, B. M., Centeno, A., Naismith, L., . . . Dolmans, D. (2016). A

- systematic review of faculty development initiatives designed to enhance teaching effectiveness: A 10-year update: BEME Guide No. 40. *Medical Teacher*, 38(8), 769-786.
doi:10.1080/0142159X.2016.1181851
- Strand, P., Edgren, G., Borna, P., Lindgren, S., Wichmann-Hansen, G., & Stalmeijer, R. E. (2015). Conceptions of how a learning or teaching curriculum, workplace culture and agency of individuals shape medical student learning and supervisory practices in the clinical workplace. *Adv Health Sci Educ Theory Pract*, 20(2), 531-557. doi:10.1007/s10459-014-9546-0
- Ten Cate, T. J., Kusurkar, R. A., & Williams, G. C. (2011). How self-determination theory can assist our understanding of the teaching and learning processes in medical education. AMEE guide No. 59. *Med Teach*, 33(12), 961-973. doi:10.3109/0142159X.2011.595435
- Teunissen, P. W., Scheele, F., Scherpbier, A. J., van der Vleuten, C. P. M., Boor, K., van Luijk, S. J., & van Diemen-Steenvoorde, J. A. (2007). How residents learn: qualitative evidence for the pivotal role of clinical activities. *Medical Education*, 41(8), 763-770. doi:10.1111/j.1365-2923.2007.02778.x
- Thomas, A., & Ellaway, R. H. (2021). Rethinking implementation science for health professions education: A manifesto for change. *Perspect Med Educ*, 10(6), 362-368. doi:10.1007/s40037-021-00688-3
- Thoonen, B. P. A. (2020). *How do trainees use EPAs to regulate their learning in the clinical environment? A grounded theory study.* (Masters in Health Professions Education Master thesis). Maastricht University, Maastricht.
- Tweed, M., & Wilkinson, T. (2019). Student progress decision-making in programmatic assessment: can we extrapolate from clinical decision-making and jury decision-making? *BMC Medical Education*, 19(1), 176. doi:10.1186/s12909-019-1583-1
- van de Vijver, P., van der Post, K., Rosmalen, K., Eyck, M., Maiburg, B., Kist, J., . . . de Jong, P. (2016). *Competentieprofiel van de huisarts [GP competency profile]*. Retrieved from Utrecht:
- van der Gulden, R., Heeneman, S., Kramer, A. W. M., Laan, R. F. J. M., Scherpbier-de Haan, N. D., & Thoonen, B. P. A. (2020). How is self-regulated learning documented in e-portfolios of trainees? A content analysis. *BMC Medical Education*, 20(1). doi:10.1186/s12909-020-02114-4
- van der Leeuw, R. M., Teunissen, P. W., & van der Vleuten, C. P. M. (2018). Broadening the Scope of Feedback to Promote Its Relevance to Workplace Learning. *Academic Medicine*, 93(4), 556-559. doi:10.1097/acm.0000000000001962
- van der Post, K., Reinders, M., van de Vijver, P., & Nijveldt, M. (2016). Landelijk opleidingsplan voor de opleiding tot huisarts [National Educational Program for GP-training]. Retrieved from https://www.huisartsopleiding.nl/images/opleiding/LOP_huisartsgeneeskunde_instemming_CGS_19_112016_inclusief_5_bijlagen.pdf
- van der Vleuten, C. P. M., Lindemann, I., & Schmidt, L. (2018). Programmatic assessment: the process, rationale and evidence for modern evaluation approaches in medical education. *The Medical Journal of Australia*, 209(9), 386-388. Retrieved from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30376659>
- van der Vleuten, C. P. M., Schuwirth, L. W., Driessen, E. W., Dijkstra, J., Tigelaar, D., Baartman, L. K., & van Tartwijk, J. (2012). A model for programmatic assessment fit for purpose. *Medical Teacher*, 34(3), 205-214. doi:10.3109/0142159X.2012.652239
- van der Vleuten, C. P. M., Schuwirth, L. W., Scheele, F., Driessen, E. W., & Hodges, B. (2010). The assessment of professional competence: building blocks for theory development. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics and Gynaecology*, 24(6), 703-719. doi:10.1016/j.bpobgyn.2010.04.001
- Van Melle, E., Frank, J. R., Holmboe, E. S., Dagnone, D., Stockley, D., Sherbino, J., & International Competency-based Medical Education, C. (2019). A Core Components Framework for Evaluating Implementation of Competency-Based Medical Education Programs. *Academic Medicine*, 94(7), 1002-1009. doi:10.1097/ACM.0000000000002743

- van Merriënboer, J. J. G. (2017). Instructional design. In J. A. Dent, M. H. Harden, & D. Hunt (Eds.), *A practical guide for medical teachers*. Edinburgh London New York Oxford Philadelphia St Louis Sydney Toronto: Elsevier.
- Vandewaetere, M., Manhaeve, D., Aertgeerts, B., Clarebout, G., Van Merrienboer, J. J., & Roex, A. (2015). 4C/ID in medical education: How to design an educational program based on whole-task learning: AMEE Guide No. 93. *Medical Teacher*, 37(1), 4-20. doi:10.3109/0142159X.2014.928407
- Vis, E., Batenburg, R., & van der Velden, L. (2018). *De kwaliteit van de opleiding tot huisarts anno 2018 [Quality of GP specialty training anno 2018]*. Retrieved from <https://www.nivel.nl/nl/publicatie/de-kwaliteit-van-de-opleiding-tot-huisarts-anno-2018-een-onderzoek-onder-huisartsen>
- Vis, E., Flinterman, L., & Batenburg, R. (2021). *De kwaliteit van de opleiding tot huisarts in 2021 [Quality of GP specialty training in 2021]*. Retrieved from
- Vlieghe, J., & Zamojski, P. (2019). *Towards an ontology of teaching : thing-centred pedagogy, affirmation and love for the world* [1 online resource (v, 173 pages) : illustrations]. doi:10.1007/978-3-030-16003-6
- Watling, C. J., & Ginsburg, S. (2019). Assessment, feedback and the alchemy of learning. *Medical Education*, 53(1), 76-85. doi:10.1111/medu.13645
- Wiese, A., Kilty, C., & Bennett, D. (2018). Supervised workplace learning in postgraduate training: a realist synthesis. *Medical Education*, 52(9), 951-969. doi:10.1111/medu.13655
- Wilkinson, T. J., & Tweed, M. J. (2018). Deconstructing programmatic assessment. *Advances in Medical Education and Practice*, 9, 191-197. doi:10.2147/AMEP.S144449
- Zimmerman, B. J. (2008). Investigating Self-Regulation and Motivation: Historical Background, Methodological Developments, and Future Prospects. *American Educational Research Journal*, 45(1), 166-183. doi:10.3102/0002831207312909