



Landelijk opleidingsplan huisartsgeneeskunde

VERANTWOORD VERTROUWEN

Instemming CGS: 09-11-2023

Ingangsdatum: 01-03-2024

HUISARTSOPLEIDING

NEDERLAND

Landelijk opleidingsplan huisartsgeneeskunde

VERANTWOORD VERTROUWEN

Dit opleidingsplan is tot stand gekomen onder leiding van de projectgroep revisie Landelijk opleidingsplan:

Dr. Chris Rietmeijer¹

Dr. Bart Thoonen²

Dr. Marije Kerst-van Braak³

Dr. Greetje Sagasser⁴

Dr. Marijke Olthof⁵, opgevolgd door Drs. Arnoud Klein Ikkink⁶

Drs. Aafke van Merle⁷, opgevolgd door Drs. Elske Princen⁸

Ingrid van Ooijen⁹

Bij dit LOP horen twee bijlagen:

- Competentieprofiel
- Overzicht Thema's en Kenmerkende Beroepsactiviteiten & Uitwerking
10 Opleidingsthema's en KBA's

Deze bijlagen staan als aparte documenten bij het LOP op huisartsopleiding.nl.

¹ Huisarts niet praktiserend, onderzoeker van onderwijs, huisartsopleiding Amsterdam UMC, locatie VUmc

² Huisarts niet praktiserend, onderwijskundige, programmaleider ontwikkeling en onderzoek van onderwijs eerstelijngeneeskunde, Radboud UMC

³ Onderwijskundige, universitair docent, Universiteit Utrecht

⁴ Onderwijskundige, programmamanager onderwijs, Huisartsopleiding Nederland

⁵ Huisartsopleider, huisartsopleiding Groningen

⁶ Huisartsopleider, huisartsopleiding Utrecht

⁷ Huisarts in opleiding, huisartsopleiding Utrecht

⁸ Huisarts in opleiding, huisartsopleiding Nijmegen

⁹ Projectondersteuner

Colofon

Instemming CGS: 09-11-2023

Ingangsdatum: 01-03-2024

Opdrachtgever: Huisartsopleiding Nederland

Postadres: Postbus 20072 3502 LB Utrecht

Contact: 030 227 2800 en onderwijs@huisartsopleiding.nl

Website: www.huisartsopleiding.nl



Voorwoord

De huisartsopleiding bestaat ruim vijftig jaar en heeft een rijke traditie in het bevorderen van zowel vakbekwaamheid als persoonlijke en professionele ontwikkeling. Beide zijn van groot belang om de huisartsenzorg nu en in de toekomst vorm te geven. Dit nieuwe landelijke opleidingsplan (LOP) bouwt voort op het LOP van 2016 en introduceert daarbij nieuwe perspectieven op opleiden die inspelen op maatschappelijke en vakinhoudelijke ontwikkelingen. Het LOP bepaalt de kaders voor de inrichting, de uitvoering en de kwaliteit van de opleiding [1, 2]. De opleidingsinstituten werken deze kaders uit in een lokaal opleidingsplan. Het LOP is opgesteld aan de hand van de kwaliteitscriteria zoals geformuleerd door het College Geneeskundig Specialismen (CGS).

Dit LOP is tot stand gekomen in een proces van co-creatie met een groot aantal aiossen, opleiders en docenten van alle huisartsopleidingen. In de periode 2021-2023 is veelvuldig overlegd met de hoofden van de acht huisartsopleidingen, met alle coördinatorenoverleggen binnen Huisartsopleiding Nederland, met de projectgroep Coachen van zelfsturend leren tijdens de huisartsopleiding, met het landelijk overleg Onderzoek van onderwijs, met de Landelijke huisartsopleiders-vereniging (LHOV) en de landelijke aios-vereniging (Lovah). Daarnaast werden vertegenwoordigers van patiënten geraadpleegd (Patiënten-adviesraad Radboud UMC en Nederlandse patiënten-federatie), alsmede de projectgroep revisie Landelijk opleidingsplan Ouderengeneeskunde, en inhoudelijk en didactisch deskundigen binnen en buiten de huisartsopleiding. Tot slot werden er twee keer per jaar grote landelijke werkconferenties georganiseerd voor alle betrokkenen. De projectgroep revisie Landelijk opleidingsplan werd aangestuurd door de hoofden van de acht huisartsopleidingen en de directeur van de werkorganisatie Huisartsopleiding Nederland:

Dr. Claudia Lobo, portefeuillehouder

Dr. Judy van Es, portefeuillehouder

Prof. Dr. Roger Damoiseaux

Drs. Ester Wesseling

Drs. Tineke Polman

Drs. Matthijs Limpens

Dr. Rob Dijkstra

Dr. Hedwig Vos

Drs. Gaico Frieling

Inhoud

1	Het vakgebied	8
2	De opleiding	11
2.1	Visie op opleiden.....	11
2.2	Van Biesta naar 'Verantwoord vertrouwen'	12
2.3	Bredere visie op competentiegericht opleiden	13
2.4	Inhoudelijke kaders	14
3	Uitgangspunten van de opleiding.....	17
3.1	De opleidingspraktijk en het opleidingsinstituut zijn de belangrijkste knooppunten in een groter netwerk waarin de aios werkt en leert	17
3.1.1	De praktijk als leer-werkplek.....	17
3.1.1.1	De rol van de patiënt in de opleiding.....	18
3.1.2	Cursorisch onderwijs.....	19
3.1.2.1	Inhoud	19
3.1.2.2	Vorm	20
3.1.2.2.1	Onderwijs in groepen	20
3.1.2.2.2	Landelijk onderwijs	21
3.1.3	De driehoek aios-opleider-docent	21
3.1.4	Netwerkvorming en interprofessioneel leren	21
3.2	Opleiden is gebaseerd op wederzijdse zichtbaarheid en dialoog binnen constructieve opleidingsrelaties.....	22
3.2.1	Wederzijdse zichtbaarheid	22
3.2.1.1	Aios en opleider (en andere collega's in de praktijk).....	22
3.2.1.2	Aios en docent.....	23
3.2.2	Constructieve opleidingsrelaties	24
3.3	Zelfsturend leren draagt bij aan de ontwikkeling van de aios tot toekomstbestendige huisarts	25
3.4	Beoordeling en besluitvorming hebben een ontwikkelings-gerichte én normerende functie ...	26
3.4.1	Beoordeling en besluitvorming – definities en pijlers.....	26
3.4.1.1	Expertoordeel	27
3.4.1.2	Beeld van de aios.....	27
3.4.1.3	Voortgangsgesprek in de driehoek.....	28
3.4.1.4	Vangnet	28
3.4.2	Beoordeling tijdens de externe stages	29
3.5	Inhoudelijk en didactisch bekwame opleiders en docenten borgen een goede opleiding	29
3.5.1	Docentprofessionalisering	30
3.5.2	Opleidersprofessionalisering	30

3.5.2.1	Huisartsopleiders.....	30
3.5.2.2	Stageopleiders.....	31
4	Structuur van de opleiding	33
4.1	Indeling opleidingsperiodes.....	33
4.1.1	Deeltijd-opleiding tot huisarts.....	34
4.2	Inhoud opleidingsperiodes huisartspraktijk en externe stages	34
4.2.1	Eerste opleidingsperiode in de huisartspraktijk.....	34
4.2.2	Klinische stage	35
4.2.3	Stage Geestelijke GezondheidsZorg (GGZ).....	36
4.2.4	Stage Complexe Chronische Zorg (CCZ)	36
4.2.5	Stage naar keuze	36
4.2.6	Tweede opleidingsperiode in de huisartspraktijk.....	37
4.2.7	Differentiatiemodule of andere verdiepingsmogelijkheden	38
4.3	Individueel opleidingsschema (IOS)	38
4.4	Leerwerkplan	38
5	Protocol Beoordeling en besluitvorming.....	39
5.1	Landelijk toetsplan	40
5.2	ComBeL en voortgangsgesprek	40
5.3	Voortgangadvies	40
5.4	Besluitvorming (voortgangsbeslissing).....	42
5.5	Geïntensiveerd begeleidingstraject, voortzetting onder voorwaarden en verlenging.....	44
5.6	Toetsing deeltijd-aios en aiothos.....	44
5.7	Geschillen	44
5.8	Portfolio	44
6	Kwaliteit: doen we de goede dingen en doen we die goed?	45
6.1	De kwaliteit van het LOP als document.....	45
6.2	De kwaliteit van de opleiding en de organisatie.....	45
6.3	De kwaliteitscyclus van het LOP en van de opleiding en de organisatie.....	46
7	Verdere implementatie.....	48
8	Literatuur	50

Bijlage 1 Competentieprofiel van de huisarts

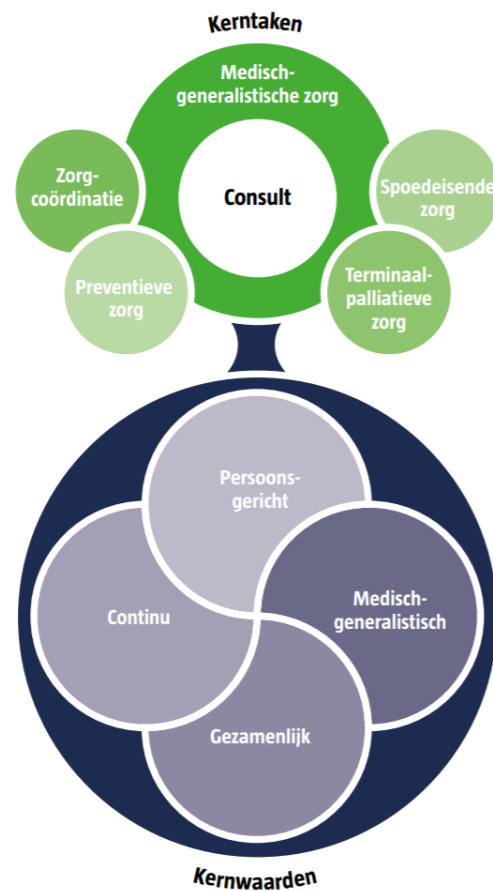
Bijlage 2 Overzicht Thema's en Kenmerkende Beroepsactiviteiten & Uitwerking
10 Opleidingsthema's en KBA's

De bijlagen staan als aparte documenten bij het LOP op de website: www.huisartsopleiding.nl

1 Het vakgebied

De huisartspraktijk is de plek waar iedereen met een zorgvraag laagdrempelig terecht kan. De huisarts levert persoonsgerichte, continue en medisch-generalistische zorg in samenwerking met de patiënt en diens naasten en in samenwerking met andere zorgverleners van binnen en buiten de praktijk (kernwaarden huisartsenzorg) [3]. De kerntaken van de huisarts omvatten (zie figuur 1) [3]:

- Medisch-generalistische zorg
- Spoedeisende huisartsenzorg
- Terminaal-palliatieve zorg
- Preventieve zorg
- Zorgcoördinatie



Figuur 1: kernwaarden en kerntaken van de huisartsgeneeskunde

Het huisartsenvak is hiermee heel breed en heel afwisselend: elke dag, elk uur en elk kwartier is anders. Dat maakt het vak complex, mooi en uitdagend. De uitdagingen waarvoor de huisarts zich gesteld ziet veranderen daarbij constant door de vele maatschappelijke ontwikkelingen.

Zo is de verwachting dat *vergrijzing*, zowel in de beroepsgroep als in de bevolking, zal leiden tot meer personeelskrapte bij een stijgende en veranderende zorgvraag [8]. Deze ontwikkeling is nu al te zien in achterstandswijken en dunbevolkte gebieden waar de huisartsvoorziening onder druk staat.

Ook *diversiteit* in de samenleving is een belangrijke maatschappelijke ontwikkeling. In dit opleidingsplan gaat diversiteit over het scala van verschillen tussen mensen. Dit betreft niet alleen etniciteit, maar ook leeftijd, geslacht, seksuele oriëntatie, sociale klasse, fysieke mogelijkheden, religie, ethische waarden, nationaliteit, en politieke waarden. De maatschappij wordt diverser, maar deze diversiteit wordt niet weerspiegeld in de aanbieders van medische zorg. Dit gebrek aan diversiteit in de groep zorgaanbieders kan ten koste gaan van de kwaliteit van zorg aan diverse individuen en groepen in de maatschappij [6]. Recht doen aan een diverse samenleving betekent zorgdragen voor een voldoende diversiteit in de groep zorgverleners; het betekent zorg dragen voor een inclusief zorg- en werkklimaat.

Een andere belangrijke maatschappelijke ontwikkeling is de zorg voor een gezonde planeet; het bevorderen van *planetary health* is opgenomen in onder andere de gedragscode van de KNMG en in de Europese definitie van de huisarts (WONCA) [4, 5]. Dat betekent allereerst dat we moeten investeren in duurzamere praktijkvoering. Daarnaast noodzaken klimaat-geïnduceerde veranderingen in de epidemiologie van ziekten tot het omgaan met nieuwe ziekten, inclusief pandemieën; klimaat-geïnduceerde veranderingen in migratiestromen noodzaken tot inspelen op diversiteit in de praktijk [4].

Snelle technologische ontwikkelingen vragen om nieuwe vaardigheden en een andere omgang met techniek en kennis. In de dagelijkse praktijk heeft de COVID-19-pandemie geleid tot een toename van het gebruik van beeldbellen en andere digitale mogelijkheden voor contact met patiënten en overleg met andere zorgverleners. Deze ontwikkelingen leiden tot een *versnelde digitale transformatie en vragen om kritisch gebruik van e-health voorzieningen*.

Een andere ontwikkeling zien we op het gebied van *persoonsgerichte zorg*, kernwaarde van het vak en vanouds het handelsmerk van de huisarts. Persoonsgerichte zorg krijgt nieuwe impulsen door de nadruk op een *brede kijk op gezondheid en ziekte* zoals verwoord in brede gezondheidsconcepten [7]. Hierin staat niet de ziekte van de patiënt centraal, maar diens vermogen tot aanpassen en eigen regie. Een andere nieuwe impuls met betrekking tot persoonsgerichte zorg is de ontwikkeling van personalised medicine.

Ontwikkelingen op het gebied van *individuele preventie* zorgen voor veranderende taken met het oog op het voorkómen van ziekte of complicaties in populaties met veel psychosociale problematiek, vergrijzing en een obesitas-crisis [3].

Al deze ontwikkelingen maken veranderingen in de huisartsgeneeskunde noodzakelijk. De overheid en zorgverzekeraars zullen grote invloed hebben op de gevolgen van deze ontwikkelingen voor het vakgebied. Daarbij is het van belang dat huisartsen, individueel en als beroepsgroep, meedenken en meebeslissen over de inrichting van het hele zorglandschap waarbinnen de huisartsenzorg haar plek heeft. Samenwerking met en delegeren van zorgtaken aan andere, wellicht ook nieuwe, partijen in het zorgveld zal meer dan nu de norm worden.

2 De opleiding

Ontwikkelingen in de maatschappij en het huisartsvak hebben gevolgen voor wie we opleiden: om tot de gewenste en noodzakelijke diversiteit van zorgverleners te komen moeten we ervoor zorgen dat artsen met alle mogelijke achtergronden huisarts willen en kunnen worden. Dat vraagt om een gastvrije, inclusieve opleiding met gelijke kansen voor alle aiossen huisartsgeneeskunde om zich te ontwikkelen tot leden van een diverse beroepsgroep. Dat vraagt van de mensen die bij de huisartsopleiding werken dat zij meer oog krijgen voor impliciete aannames en onbedoelde uitsluiting [9]. Een grotere diversiteit aan aiossen, opleiders en docenten vergroot de kwaliteit van de opleiding doordat ze met en van elkaar leren passende zorg te leveren aan een diverse groep van patiënten [6].

Ontwikkelingen in de maatschappij en het huisartsvak hebben ook gevolgen voor hoe we huisartsen opleiden. Naast de in hoofdstuk 1 geschetste ontwikkelingen zullen er ontwikkelingen komen waar wij ons nu nog geen voorstelling van kunnen maken. Dat vraagt om het opleiden van huisartsen die niet alleen vakbekwaam zijn, maar ook toekomstbestendig en dus adaptief. Adaptiviteit uit zich in een lerende houding én in het zelf mee vorm geven aan veranderingen. Het vraagt om individuele en collectieve verantwoordelijkheid; het vraagt om medisch leiderschap en samen keuzes maken bij het organiseren van de huisartsenzorg in een veranderende maatschappij; en het vraagt om persoonlijk leiderschap en keuzes maken in het kader van eigen duurzame inzetbaarheid en functiebehoud (zelfzorg) [10, 11].

2.1 Visie op opleiden

Om bij te dragen aan de geschetste brede ontwikkeling van aiossen hebben we een brede visie op opleiden nodig. Die vinden we als opleiding bij de toonaangevende hedendaagse onderwijsfilosoof Biesta. Volgens Biesta draagt iedere opleiding bij aan drie doeldomeinen: de *kwalificatie*, de *socialisatie* en de *subjectificatie* van de opgeleide. Biesta stelt dat deze drie *doeldomeinen* evenwichtig tot hun recht komen door het bewust creëren van specifieke opleidingscondities [12-14]. Voor de huisartsopleiding betekent dit het volgende:

- **Kwalificatie:** de opleiding draagt bij aan het verwerven van competenties die de aiossen nodig heeft om het huisartsberoep uit te oefenen. Dit betekent onder meer dat de opleiding zorgt voor een rijke, ontwikkelingsgerichte leeromgeving met duidelijke kwalificatie-eisen.
- **Socialisatie:** de opleiding draagt bij aan toenemend onderdeel worden van de beroepsgroep. Dit betekent onder meer dat de opleiding zorgt voor ruimte voor

ontmoeting, reflectie en dialoog binnen de opleidingsgroep, binnen de beroepsgroep en met de relevante spelers buiten de eigen beroepsgroep.

- Subjectificatie: de opleiding draagt bij aan hoe de aios zich als autonoom, verantwoordelijk en uniek persoon positioneert binnen de opleiding en de beroepsgroep. Dit betekent onder meer dat de opleiding ruimte geeft aan de eigenheid van de aios en stimuleert dat de aios op diens eigen manier bijdraagt aan de ontwikkeling van de huisartsenzorg.

2.2 Van Biesta naar 'Verantwoord vertrouwen'

Om bij te dragen aan de kwalificatie, socialisatie en subjectificatie van aiossen streven we naar een opleiding waar aiossen een balans ervaren tussen enerzijds heldere kaders en anderzijds voldoende ruimte om op hun eigen manier een verantwoordelijk lid van de beroepsgroep te worden. In dit LOP noemen we die balans *Verantwoord vertrouwen*.

Verantwoord vertrouwen betekent om te beginnen dat we bij de start van de opleiding expliciet vertrouwen op de motivatie en verantwoordelijkheid van aios om zich te ontwikkelen tot huisarts. We vertrouwen er vervolgens op dat motivatie verder groeit en dat de aios meer verantwoordelijkheid neemt door opleidingscondities die daartoe uitdagen [12-14]. Dit vertrouwen is verantwoord omdat we continu werken aan de professionalisering van alle betrokkenen, aan constructieve opleidingsrelaties en aan de ontwikkeling van een materiële omgeving (leer-werkplek, opleidingsmiddelen, digitale leeromgeving, interprofessionele netwerken, etc.) waarin het onmogelijk is om niet te leren [13]. Het vertrouwen in de ontwikkeling van de aios is óók verantwoord omdat we zorgen voor ontwikkelingsgerichte én normerende voortgangsgesprekken. Het vaststellen van voldoende ontwikkeling tijdens voortgangsgesprekken geeft de aios ruimte voor zelfsturing en vrijheid van keuzes tussen de voortgangsgesprekken in. Dit zijn de opleidingscondities die bijdragen aan kwalificatie, socialisatie en subjectificatie.

Verantwoord vertrouwen is hiermee het motto en kompas van dit LOP, dat in hoofdstuk 3 uitgewerkt wordt in de vijf uitgangspunten van de opleiding. Deze vijf uitgangspunten zijn de concretisering van hoe we opleiden voor de drie doeldomeinen kwalificatie, socialisatie en subjectificatie. De termen kwalificatie, socialisatie en subjectificatie komen in die vijf uitgangspunten niet expliciet terug, omdat deze termen niet bedoeld en niet geschikt zijn om een opleiding op operationeel niveau en in didactische termen te beschrijven. Ze geven wel de onderwijsfilosofische onderbouwing van dit opleidingsplan, en daarmee de uiteindelijke doelen waar wij met onze opleiding naar streven.

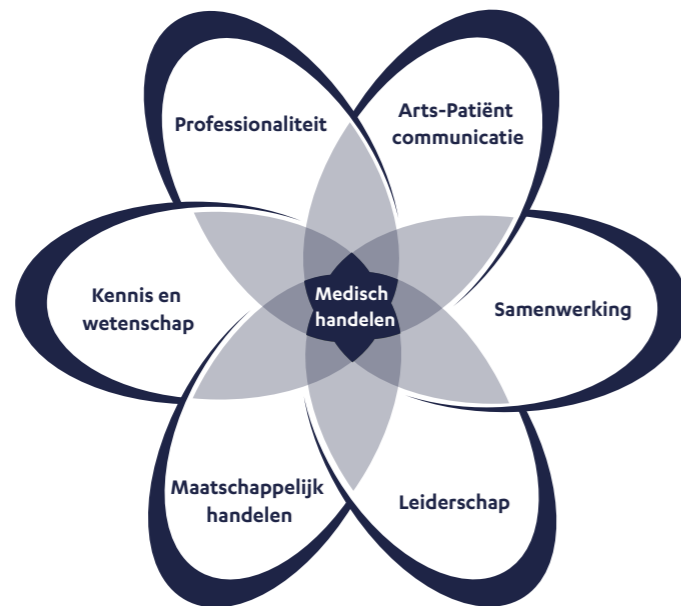
2.3 Bredere visie op competentiegericht opleiden

De huisartsopleiding heeft van oudsher -zonder het zo te noemen- naast aandacht voor de kwalificerende functie van het opleiden veel aandacht voor socialisatie en subjectificatie [15]. Echter, de introductie van competentiegericht opleiden begin deze eeuw, en met name *de uitwerking daarvan* in uitkomstgerichte opleidingsplannen, heeft meer nadruk gelegd op het aantonen van kwalificatie. De gedetailleerde invulling van de toets programma's hebben geleid tot een hang naar compleetheid en controle [16, 17]. Dat heeft volgens veel aiossen, docenten en opleiders geresulteerd in een te vol en weinig flexibel curriculum, onnodig hoge en demotiverende verplichtingendruk en daaruit voortkomend afvinkgedrag [16-18].

Ook in de literatuur over de uitvoering van competentiegericht opleiden komen genoemde bijwerkingen van een te sterke uitkomstgerichtheid naar voren [16, 17]. Met dit LOP willen we de condities scheppen voor leren en ontwikkeling zonder te veel te willen meten, beoordelen, en vastleggen. Met het creëren van opleidingscondities gericht op socialisatie en subjectificatie in samenhang met kwalificatie geeft dit LOP een bredere visie op competentiegericht opleiden. Een visie die aansluit bij de missie tot het opleiden van gemotiveerde, vakkundige, verantwoordelijke en adaptieve, en daarmee toekomstbestendige, huisartsen.

2.4 Inhoudelijke kaders

De inhoud van de opleiding wordt bepaald door het Competentieprofiel¹⁰ (Figuur 2; zie uitwerking daarvan in bijlage 1 op de website) en de tien Thema's van de huisartsgeneeskundige zorg (Figuur 3, zie uitwerking daarvan in bijlage 2 op de website).



Figuur 2: Competentieprofiel – afbeelding gebaseerd op het CanMEDS Physician Competency Diagram met toestemming van Royal College of Physicians and Surgeons of Canada.

Het Competentieprofiel beschrijft de benodigde competenties van de huisarts in zeven competentiegebieden. Het kreeg een update in het kader van de ontwikkeling van dit LOP. Bij de update zijn de hierboven beschreven ontwikkelingen in opleiding en vakgebied betrokken. De competenties worden concreet zichtbaar in de vakinhoudelijke domeinen zoals beschreven in de tien Thema's van de huisartsenzorg. De aios is bijvoorbeeld medisch inhoudelijk competent *in de spoedeisende zorg* of *in de zorg voor het kind*; de aios kan goed communiceren in een *palliatieve situatie*; de aios weet goed samen te werken binnen de *chronische zorg*, etc.

¹⁰ Het competentieprofiel is ontleend aan en een aanpassing van het Canadese CanMEDs model [114].



Figuur 3: De tien huisartsgeneeskundige Thema's

De tien Thema's zijn in detail uitgewerkt in Kenmerkende Beroepsactiviteiten (KBA's). De Thema's met hun KBA's illustreren de breedte van het vak. Ze helpen aiossen bij het nagaan waar zij al ervaring mee hebben opgedaan en waar zij nog aandacht aan moeten besteden. De Thema's en KBA's geven daardoor mede richting aan de voortgangsgesprekken in de verschillende fases van de opleiding. Zij zijn daarbij niet bedoeld, en niet geschikt, als toetsinstrument [19, 20].

Het Competentieprofiel en de Thema's samen beschrijven wat nodig is om de kernwaarden en kerntaken van de beroepsgroep (Figuur 1) waar te maken. Zij vormen de kaders voor de inhoud van de opleiding, maar zijn geen beschrijving van het uitstroomniveau en/of eindtermen van de opleiding. Het vak van de huisarts als medisch generalist is per definitie breed en verandert voortdurend, waardoor het voor aiossen onmogelijk is om in

drie jaar tijd het vak volledig te leren beheersen. De huisartsopleiding is onderdeel van het opleidingscontinuüm van de huisarts, dat vóór de opleiding is begonnen en ná de opleiding verder gaat. Bij het voltooien van de opleiding is de aios voldoende competent (zoals beschreven in het Competentieprofiel) om binnen de verschillende onderdelen van de huisartsgeneeskunde (zoals beschreven in de tien Thema's) als zelfstandig werkende huisarts te functioneren, en om zich verder te ontwikkelen en adaptief om te gaan met de ontwikkelingen in maatschappij en beroepsgroep.

Voor de precieze inhoud van de opleiding van een individuele aios betekent dit dat we vanuit *Verantwoord vertrouwen* de eigen verantwoordelijkheid en zelfsturing van de aios stimuleren; samen met opleiders, docenten en peers bepaalt elke aios welke competenties en Thema's nú aandacht moeten krijgen en wat kan wachten met het oog op een voldoende stevige basis voor het zelfstandig functioneren als huisarts [21-24] (zie ook 3.4). Aan het einde van de opleiding hebben aiossen zo een individueel verschillende, maar onderling gelijkwaardige brede en stevige opleiding genoten.

Omdat de inhoudelijke kaders van de huisartsopleiding als Competentieprofiel en Thema's beschreven zijn in bijlage 1 en 2, wordt de inhoud van de opleiding in de verdere tekst van dit LOP alleen in algemene zin beschreven.

3 Uitgangspunten van de opleiding

Met *Verantwoord vertrouwen* als kompas beschrijft dit opleidingsplan de opleiding aan de hand van de volgende uitgangspunten:

1. De opleidingspraktijk en het opleidingsinstituut zijn de belangrijkste knooppunten in een groter netwerk waarin de aios werkt en leert.
2. Opleiden is gebaseerd op wederzijdse zichtbaarheid en dialoog binnen constructieve opleidingsrelaties.
3. Zelfsturend leren draagt bij aan de ontwikkeling van de aios tot toekomstbestendige huisarts.
4. Beoordeling en besluitvorming hebben een ontwikkelingsgerichte én normerende functie.
5. Inhoudelijk en didactisch bekwame opleiders en docenten borgen een goede opleiding.

Deze vijf uitgangspunten worden in de volgende paragrafen uitgewerkt.

3.1 De opleidingspraktijk en het opleidingsinstituut zijn de belangrijkste knooppunten in een groter netwerk waarin de aios werkt en leert

De huisartsopleiding bestaat (in tijd) voor circa 80% uit werkplekleren en voor circa 20% uit door het opleidingsinstituut georganiseerd cursorisch onderwijs. Aiossen leren met en van elkaar, met en van hun opleiders en docenten, en door middel van zelfstudie [21, 25]. De specifieke zorg- en kennisnetwerken waar betrokkenen (aiossen, opleiders, docenten, etc.) in werken en leren zijn bepalend voor de mogelijkheden tot leren [21, 26-29].

3.1.1 De praktijk als leer-werkplek

De aios leert het vak in de praktijk, vooral in de patiëntenzorg. De aios werkt zoveel mogelijk, en in toenemende mate, zelfstandig, met de opleider beschikbaar voor consultatie en hulp. In veel opleidingspraktijken wordt de rol van de opleider ingevuld door een opleider samen met een plaatsvervangend opleider. Opleiders en plaatsvervangend opleiders maken samen afspraken over hun onderlinge afstemming en taakverdeling, waarbij de opleider eindverantwoordelijk is.

De aios leert van patiëntenzorg door ervaringen, reflectie hierop, raadplegen van kennisbronnen en door begeleiding van opleiders en anderen in de praktijk [21, 26, 27, 30-33]. Een voldoende divers aanbod van patiënten met voldoende diverse gezondheidsklachten

is hierbij van belang. Ook andere activiteiten dragen bij aan het praktijkleren, zoals samenwerken met zorg- en hulpverleners binnen en buiten de praktijk, rondom patiëntenzorg én praktijkorganisatie. Opleiders en docenten zijn verantwoordelijk voor het inrichten van de leer-werkomgeving op een manier die ontwikkeling op alle competentiegebieden van de aios mogelijk maakt. De aios heeft de verantwoordelijkheid voor het optimaal gebruik maken van de mogelijkheden [26, 27, 31, 34-36].

De aios brengt het grootste deel van de opleiding in de huisartspraktijk door; daarnaast vindt het opleiden ook plaats op de huisartsenspoedpost en in externe stages in en buiten het ziekenhuis. In deze contexten doet de aios specifieke kennis en vaardigheden op betreffende aandoeningen die in de huisartspraktijk laag-prevalent zijn; daarnaast leert de aios met verschillende zorgprofessionals interprofessioneel samen te werken [37-39].

3.1.1.1 De rol van de patiënt in de opleiding

De huisartsgeneeskunde, en dus ook de huisartsopleiding, staan voor patiëntgerichte zorg, en dus voor continuïteit, patiëntveiligheid en patiëntcomfort. Het borgen hiervan in de context van de opleiding vraagt aandacht van opleiders en aiossen. Dit is niet alleen in het belang van goede zorg, maar bevordert ook de bereidheid van patiënten om bij te dragen aan de opleiding [36, 40-44]. Het borgen van continuïteit, patiëntveiligheid en patiëntcomfort bereiken we met de volgende werkwijze:

- De aios leert vanaf het begin van de opleiding de hulpvraag te verhelderen en de zorg af te stemmen op de vragen en verwachtingen van de patiënt.
- De aios vraagt de opleider zo nodig om hulp tijdens het consult met de patiënt.
- De aios bespreekt aanvankelijk alle patiënten na met de opleider en komt zo nodig bij de patiënt terug op het consult. Gedurende de opleiding verschuift dit naar het nabespreken van een deel van de patiënten op initiatief van de aios of de opleider, of op verzoek van de patiënt.
- De aios doet invasieve of belastende ingrepen aanvankelijk onder direct toezicht van de opleider, en pas zonder toezicht als de opleider dat aan de aios heeft toevertrouwd.
- In consulten waarbij ook de opleider (als derde) aanwezig is, dragen aios en opleider zorg voor een harmonieuze sfeer, heeft de opleider altijd in enige mate contact met de patiënt, is de opleider alert op de behoeften van de patiënt en is de opleider expliciet over diens goedkeuring van de diagnose en het beleid dat door de aios wordt ingezet [40].
- De aios vraagt altijd tevoren toestemming van de patiënt voor het opnemen van consulten of het gericht vragen van feedback voor leerdoeleinden.

3.1.2 Cursorisch onderwijs

Aiossen hebben gemiddeld wekelijks cursorisch onderwijs, vaak in de vorm van een 'terugkomdag' met collega-aiossen en docenten. Tijdens terugkomdagen dragen de docenten, bij voorkeur een huisarts-docent en een gedragswetenschappelijk docent, ieder vanuit hun eigen expertise bij aan de competentie-ontwikkeling van de aios en de aiossen-groep. Met de term 'cursorisch onderwijs' bedoelen we al het onderwijs dat onder verantwoordelijkheid van het opleidingsinstituut wordt georganiseerd, in het opleidingsinstituut of op andere locaties en/of online. Ook het landelijk onderwijsaanbod valt hieronder. Een aios besteedt minimaal 40 en maximaal 50 dagen per jaar aan cursorisch onderwijs bij een voltijds dienstverband.

3.1.2.1 Inhoud

Het cursorisch onderwijs ondersteunt en verdiept het leren in de praktijk [25, 45]. Dat kan gaan om kennis, vaardigheden (medisch-technische, communicatie-, diagnostische en therapeutische vaardigheden) en attitudevorming (persoonlijke professionele ontwikkeling en ontwikkeling van beroepsidentiteit) [46]. Het opleidingsinstituut biedt de aios een onderwijsaanbod binnen alle competenties en Thema's. In de steeds toenemende veelheid aan mogelijke onderwerpen voor het onderwijs moeten keuzes worden gemaakt. Bij deze keuzes betreft het opleidingsinstituut belangrijke maatschappelijke thema's als klimaat, inclusiviteit en de stemmen van aiossen en patiënten [9, 47]. Bij het identificeren van belangrijke nieuwe onderwerpen hebben de opleidingsinstellingen een *gezamenlijke* verantwoordelijkheid. Curriculumontwikkeling is daarom een onderdeel van de kwaliteitscyclus van het LOP (zie hoofdstuk 6).

Ruimte voor nieuwe onderwerpen binnen het cursorisch onderwijs betekent dat soms een deel van de al bestaande inhoud daarvoor plaats zal moeten maken. Dit vraagt van aios, docenten en opleiders het vertrouwen dat aios ook dan competente huisartsen zullen worden, door het leren in de praktijk en door zelfstudie. Dit vertrouwen is verantwoord als docenten en opleiders helder zijn over de kaders (Competentieprofiel en Thema's) en ervoor zorgdragen dat aios voldoende aan alle facetten van het vak worden blootgesteld en daarvan kunnen leren. Daarnaast betrekken docenten en opleiders de breedte van het vak bij hun voortgangsgesprekken en expertoordeel. Voor de aios betekent het maken van keuzes dat zij vanuit zelfsturing gebruik kunnen maken van de mogelijkheden tot individualisering die het opleidingsinstituut biedt. Voor het opleidingsinstituut betekent dit structureel organiseren van evaluatie en ontwikkeling van het curriculum, inclusief mogelijkheden voor individualisering.

Naar aanleiding van de in hoofdstuk 1 gesignaleerde veranderingen verschuift de focus van het cursorisch onderwijs van ondersteunend en verdiepend enigszins naar vernieuwend [28, 48]. De veranderingen in het vak brengen met zich mee dat er 'nieuwe' onderwerpen zijn die de aios in de praktijk van vandaag niet voldoende kan leren en die wél van belang zijn voor een toekomstbestendige praktijkvoering: duurzame praktijkvoering, snel veranderende kennis, technologische ontwikkelingen, etc. Leidend bij de keuze van deze onderwerpen is het belang van een onderwerp voor de praktijkvoering in brede zin, naast de onmogelijkheid het onderwerp in de praktijk voldoende aandacht te geven. Het streven is dergelijke onderwerpen ook aan opleiders (en docenten) aan te bieden, zodat het cursorisch onderwijs voor dit onderwerp na verloop van tijd overbodig wordt en actuelere onderwerpen geagendeerd kunnen worden. Bij nieuwe onderwerpen zullen expert-docenten vaak een rol spelen. Daarnaast is het inherent aan onderwijs in nieuwe onderwerpen dat de contextspecifieke kennisbasis beperkt is; dit maakt dat zowel aiossen als docenten een belangrijk aandeel in de co-constructie van contextspecifieke kennis zullen hebben [49].

3.1.2.2 Vorm

Het cursorisch onderwijs vindt vaak op het opleidingsinstituut plaats, soms elders. Allerlei vormen van onderwijs zijn denkbaar, mits voldaan wordt aan de principes van constructive alignment [50]. Constructive alignment betekent dat wat we willen bereiken met het onderwijs leidend is bij hoe we het onderwijs vormgeven en hoe we het bereiken van de onderwijsdoelen evalueren. Bij het vaststellen van de onderwijsdoelen van het cursorisch onderwijs moet steeds de vraag zijn of het betreffende doel het best met cursorisch onderwijs gediend is of dat dit doel ook in de praktijk of met zelfstudie bereikt kan worden. Blended learning, waarbij fysiek en online onderwijs elkaar aanvullen, geeft tal van nieuwe mogelijkheden [48, 51-54]: variaties in individueel en groepsgewijs, en plaats- en tijdonafhankelijk onderwijs. Dit biedt meer mogelijkheden voor het betrekken van experts en landelijk ontwikkelde onderwijsprogramma's, en meer mogelijkheden voor het geven van cursorisch onderwijs aan aios-opleider koppels zonder dat zij naar het opleidingsinstituut hoeven te komen. Onderwijs aan koppels, waarin de dialoog over het onderwerp tussen aios en opleider wordt gestimuleerd, bevordert de toepassing van het geleerde in de praktijk [55, 56].

3.1.2.2.1 Onderwijs in groepen

De opleiding stimuleert dat aiossen leren in de groep ('peer-learning'). Bijvoorbeeld door aan te moedigen dat aiossen onderling ervaringen en kennis uitwisselen of door complexe

(praktijk)opdrachten te geven die samenwerking vereisen. Aiossen kunnen zowel in vaste als wisselende groepen leren tijdens cursorisch onderwijs. Groepsgrootte en de keuze voor wisselende of vaste samenstelling van groepen zijn onder andere afhankelijk van de doelen en de inhoud van het onderwijs en van de gebruikte werkvormen [57, 58]. Een belangrijke overweging bij het variëren van groepen is dat er voldoende continuïteit blijft in het groepsproces om een veilige omgeving te creëren voor het delen van ervaringen, en om begeleiding en beoordeling door de vaste groepsdocenten mogelijk te maken.

3.1.2.2.2 Landelijk onderwijs

Een bijzondere vorm van cursorisch onderwijs is het landelijk onderwijs. Een voorbeeld daarvan is de STARtclass Spoedzorg. De landelijke onderwijsprogramma's zijn onderdeel van de curricula van de opleidingsinstituten en richten zich op thema's waarvoor specifieke onderwijsfaciliteiten en/of expertdocenten nodig zijn.

3.1.3 De driehoek aios-opleider-docent

Aiossen hebben tijdens de verschillende opleidingsperiodes en externe stages naast een vaste opleider ook één of twee vaste docenten. Docenten organiseren het cursorisch onderwijs voor en met aiossen. Daarnaast organiseren zij in een lagere frequentie het cursorisch onderwijs voor de opleiders van deze aiossen. Docenten begeleiden de aios individueel en als groep. Daarnaast participeren docenten in de driehoek aios-opleider-docent met het oog op het optimaliseren van de opleidingscondities en de begeleiding [112, 113].

3.1.4 Netwerkvorming en interprofessioneel leren

Aiossen, opleiders en docenten zijn toenemend verbonden met allerlei andere professionals in netwerken binnen en buiten de huisartsgeneeskunde. Gebruik maken van verschillende, onderling verbonden netwerken geeft de aiossen de mogelijkheid te interacteren met verschillende (groepen van) professionals die kennis en kunde voor de aiossen ontsluiten op verschillende competentiegebieden [28, 48, 59-61]. Bewust investeren in netwerkvorming door hierin vaardigheden (bij aiossen, docenten, opleiders) te ontwikkelen vergroot het rendement en de impact van netwerken op het leren. De inzet van ICT draagt hieraan bij door het faciliteren van verbindingen (o.a. via sociale media, kennisnetwerken) en het in tijd en plaats onafhankelijk beschikbaar maken en delen van informatie. Het perspectief van een sociaal (kennis-)netwerk geeft houvast om binnen de opleiding de continuïteit en samenhang van het leren op verschillende momenten en plaatsen vorm te geven [28, 48, 54, 59].

Binnen genoemde netwerken zijn het opleidingsinstituut en de opleidingspraktijk vanouds belangrijke en logische knooppunten voor de aios. Zij bieden een leer- en werkomgeving waarin leren vanzelfsprekend en als sociale activiteit plaatsvindt [25, 28, 54, 59, 62]. Doelbewust gebruik maken van netwerken creëert extra mogelijkheden voor zelfsturend leren en kan bijdragen aan het bevorderen van levenslang leren [28, 48, 63]. Het opleidingsinstituut kan daaraan bijdragen door te streven naar invullingen, locaties en tijdstippen van het instituutsonderwijs en het praktijkleren waarin meerdere interprofessionele relaties een rol spelen [37-39, 64].

3.2 Opleiden is gebaseerd op wederzijdse zichtbaarheid en dialoog binnen constructieve opleidingsrelaties

Elkaar aan het werk zien, bevragen en feedback geven is onmisbaar voor het opleiden [30, 65, 66]. De condities die zorgen dat dit gebeurt beschrijft dit LOP als ‘wederzijdse zichtbaarheid binnen constructieve opleidingsrelaties’.

3.2.1 Wederzijdse zichtbaarheid

3.2.1.1 Aios en opleider (en andere collega's in de praktijk)

De aios werkt in de praktijk samen met de opleider en andere collega's: huisartsen, praktijkassistenten en praktijkondersteuners (POH). In deze samenwerking ziet de aios hoe deze collega's werken en zien deze collega's hoe de aios werkt en zich ontwikkelt. De aios leert van het zien van en spreken met de collega's en van de feedback die de aios ontvangt. Voorbeelden van deze samenwerkingsmomenten met wederzijdse zichtbaarheid zijn:

- ad hoc overlegmomenten;
- consultatie van de opleider door de aios;
- nabespreking van patiënten tussen aios en opleider;
- het uitvoeren van een nieuwe vaardigheid.

Deze samenwerkingsmomenten staan vaak primair in het teken van de patiëntenzorg en de patiëntveiligheid [65, 67-69]. Goed opleiden vraagt daarnaast om samenwerkingsmomenten met wederzijdse zichtbaarheid die primair zijn gericht op het leren van de aios (*los* van patiëntveiligheid, *los* van een specifieke vraag van de aios op opleider en *los* van het competentieniveau van de aios) [67, 68]. Dit bereiken we met:

- dagelijkse leergesprekken;
- geplande gezamenlijke spreekuren.

Tijdens de dagelijkse leergesprekken van circa een uur bespreken aios en opleider onderwerpen die onder meer gericht zijn op de huisartsgeneeskundige inhoud en de persoonlijke professionaliteit van de aios. Ook zullen aios en opleider steeds aandacht besteden aan hun samenwerking als opleider-aios koppel.

Tijdens gezamenlijke spreekuren wisselen aios en opleider vaak van rol en zien zij *elkaar* aan het werk (om-en-om spreekuur); daarbij bevragen ze elkaar en geven ze elkaar feedback. Aiossen leren zo van wat zij hun opleider zien doen en wat deze daarover vertelt. Aiossen leren ook van de feedback die zij krijgen en krijgen inzicht in hun blinde vlekken. Opleiders leren hier ook van; bovendien krijgen zij een goed beeld van de competentieontwikkeling van de aios [65, 67-71]. Zie ook 3.4.

Elkaar regelmatig observeren en *elkaar* om feedback vragen draagt bij aan veiligheid en gelijkwaardigheid. Bovendien waarderen aiossen opleiders die zich als lerend rolmodel gedragen [31, 68, 72]. Dit LOP benadrukt om al deze redenen het belang van wekelijks om-en-om spreekuren naast dagelijkse leergesprekken.

Ook tijdens de externe stages streven we naar wederzijdse zichtbaarheid van aiossen en opleider. Dit zal in deze context vaak lastiger frequent te realiseren zijn. Daar staat tegenover dat fysiek samenwerken met andere specialisten en verpleegkundigen, en daarmee wederzijdse zichtbaarheid, in externe stages vaak de standaard is [73-75].

3.2.1.2 Aios en docent

Ook voor aios en docent is wederzijdse zichtbaarheid cruciaal voor het opleiden. De aios leert door het observeren en bevragen van de docent en door het geobserveerd en bevraagd worden door -en feedback krijgen van- de docent. Bij de docent ontstaat zo een beeld van de competentie-ontwikkeling van de aios. Dit vindt plaats binnen het groepsonderwijs aan aiossen en tijdens de begeleiding van de individuele aios en het koppel aios-opleider. De docent heeft hiermee zicht op deels dezelfde, deels andere competenties dan de opleider, meestal in een andere leer-werksituatie dan de opleider.

Een nog niet genoemde vorm van zichtbaarheid is het maken van video-opnames van consulten. Dat geeft de aios de mogelijkheid om zichzelf aan het werk te zien en om aan anderen, zoals de docent, de opleider en peers feedback te vragen [76].

3.2.2 Constructieve opleidingsrelaties

Het organiseren van wederzijdse zichtbaarheid vraagt om, en draagt bij aan, constructieve opleidingsrelaties [13, 68]. Constructieve opleidingsrelaties bieden zowel uitdaging als veiligheid voor aios, opleider en docent [13, 77]. De aios wordt uitgedaagd door de aandacht te vestigen op wat niet vanzelfsprekend de aandacht krijgt. En waar de aios zelf aandacht voor vraagt kan uitdagend zijn voor opleider en/of docent [65, 78, 111]. Deze uitdagingen kunnen constructief zijn als het voldoende veilig is voor zowel aios, opleider als docent om zich zichtbaar op te stellen [65, 67-69, 78].

Die veiligheid begint met erkennen van de complexiteit van de opleidingsrelaties, die onder meer zit in het feit dat begeleiding en beoordeling door dezelfde persoon worden gedaan. Opleiders en docenten zijn zich hiervan bewust en bespreken hun dubbelrol met de aios. Een gevoel van verbondenheid met peers, opleiders en docenten draagt bij aan de intrinsieke motivatie van aiossen om zich te ontwikkelen [79]. Die verbondenheid is ook van belang voor het kunnen leren van feedback; bij het waarderen van, en gevolg geven aan, feedback betrekken aiossen in hoeverre zij de bron vertrouwen, als deskundige én als persoon die het beste met hen voor heeft [78].

Dit alles schetst het belang van constructieve opleidingsrelaties. Voor het onderhouden van constructieve opleidingsrelaties is het van belang dat aiossen, opleiders en docenten geregeld met elkaar in gesprek zijn over hun vak, hun ervaringen, hun verwachtingen, hun wensen en hun feedback aan elkaar. Dit vraagt van alle partijen ook de expliciete bereidheid tot het doen van aanpassingen ter verbetering van de relatie, binnen de eigen grenzen [73, 77, 80].

In de driehoek aios-opleider-docent ondersteunen docent en opleider de aios én elkaar, wederzijds. Als aios, opleider of docent signaleert dat de opleidingsrelatie niet of verminderd constructief is, maken zij dit tot onderwerp van gesprek, in een tweegesprek en/of in de driehoek. Bij (dreigende) conflicten kan het opleidingsinstituut worden ingeschakeld. Het doel van de gesprekken is om de veiligheid in opleidingsrelaties in stand te houden en waar de veiligheid in het geding is deze te herstellen of de relatie op een zo veilig mogelijke manier te beëindigen. Het opleidingsinstituut zorgt in deze situaties voor openheid naar alle partijen, heldere procedures en protocollen, en de laagdrempelige beschikbaarheid van een vertrouwenspersoon. In het op initiatief van de Lovah ontwikkelde en door alle opleidingsinstituten onderschreven *Actieplan veilig opleiden* worden belangrijke randvoorwaarden voor veilig opleiden beschreven [81]. Speciale aandacht en expertise zijn daarbij nodig met betrekking tot diversiteit, inclusiviteit en gelijke kansen [9].

3.3 Zelfsturend leren draagt bij aan de ontwikkeling van de aios tot toekomstbestendige huisarts

Zelfsturend leren is het proces van het plannen en bewust bijsturen van het leren tijdens de ontwikkeling tot huisarts [34]. Een sterke positionering van het zelfsturend leren binnen de opleiding draagt bij aan de intrinsieke motivatie van aiossen om zich actief en verdiepend te ontwikkelen, ook ná de opleiding [18, 79, 82-84]. Dit is van belang omdat de opleiding te kort is om het vak in de breedte te leren beheersen én omdat het vak steeds zal veranderen. Zelfsturend leren vindt plaats binnen de kaders van de opleiding.

De mate van zelfsturing zal gedurende de opleiding niet bij alle aiossen hetzelfde zijn. Begeleiding bij het ontwikkelen van zelfsturing is dan ook een onderdeel van de opleiding.

Zelfsturing betekent onder meer dat de aios:

- doelbewust gebruik maakt van de mogelijkheden die de opleidingspraktijk en het cursorisch onderwijs bieden;
- doelbewust gebruik maakt van de keuze in het aanbod van stages en mogelijkheden tot keuze-onderwijs, differentiatie en andere verdieping;
- doelbewust gebruik maakt van instrumenten, zoals beschreven in het *Landelijk toetsplan* [85];
- verantwoordelijkheid neemt bij het steeds inzichtelijk maken van de eigen voortgang ten opzichte van de kaders;
- met de aiossen-groep een actieve rol heeft bij het kiezen en vormgeven van onderwijs.

Opleiders, docenten en peers hebben hierin allen een rol, want zelfsturing binnen een opleiding vindt altijd plaats in interactie met anderen: co-regulatie van leren [23, 30, 65, 86]. Voor de aios en opleider betekent het begeleiden van zelfsturend leren dat zij hier veelvuldig met elkaar over in gesprek zijn; de wederzijdse zichtbaarheid en dialoog zoals beschreven in 3.2 spelen hierbij een belangrijke rol.

In het cursorisch onderwijs heeft de aiossen-groep een actieve rol bij het kiezen en vormgeven van het onderwijs. Besluitvorming over welk onderwijs prioriteit moet hebben is een vast onderdeel van het groepsleren. De taak van het opleidingsinstituut is ervoor te zorgen dat de groep deze keuzes weloverwogen kan nemen. Dat doet het opleidingsinstituut door de aios te confronteren met relevante onderwerpen en het gesprek te faciliteren over wat waar en wanneer het best geagendeerd wordt. Ook biedt het cursorisch onderwijs ruimte

voor zelfsturing door elke aios afzonderlijk, bijvoorbeeld door het aanbieden van keuze- onderwijs en differentiatiemogelijkheden.

De docent speelt een belangrijke rol bij het coachen en procesgericht begeleiden van zelfsturend leren van de individuele aios, in de driehoek en tijdens het cursorisch onderwijs met groepen aiossen, zoals beschreven in het rapport Visie begeleiden van zelfsturend leren binnen de huisartsopleiding [34].

3.4 Beoordeling en besluitvorming hebben een ontwikkelingsgerichte én normerende functie

Dit uitgangspunt beschrijft de pijlers onder de beoordelingsprocedures die in detail zijn beschreven in het protocol 'Beoordeling en besluitvorming' (hoofdstuk 5).

3.4.1 Beoordeling en besluitvorming – definities en pijlers

Beoordelen is het op gezette tijden doen van uitspraken over het competentieniveau en het tempo van competentieontwikkeling. Dit is een taak van opleiders en docenten.

Besluitvorming, geformuleerd als voortgangsbeslissing, gaat over de voortzetting en afronding van de opleiding. Dit is de taak van het hoofd van de opleiding. Bij de besluitvorming staat de vraag centraal of de aios naar verwachting in de resterende opleidingstijd de competenties voldoende zal ontwikkelen om aan het einde van de opleiding zelfstandig binnen de tien Thema's huisartsgeneeskundige zorg te kunnen leveren. De voortgangsbeslissing is gebaseerd op de expertoordelen van opleiders en docenten.

Beoordeling en besluitvorming zijn gebaseerd op de principes van programmatisch toetsen: op basis van een breed scala aan indrukken en observaties ontstaat een beeld van het niveau en de ontwikkeling van competenties [87, 88]. De beoordeling van dit beeld is geen eenvoudige optelsom van meetpunten; het oordeel is gebaseerd op een subjectieve weging door de expert [89-94].

De pijlers voor beoordeling en besluitvorming zijn:

- *Expertoordeel* van opleider en docent; zij spreken vanuit hun eigen rol en daarbij passende expertise een oordeel uit op basis van hun beeld van de aios.
- *Beeld van de aios*: dit ontstaat door veelvuldige zichtbaarheid binnen de opleidingsrelaties (zie 3.2), aangevuld met doelgericht ingezette observatie-instrumenten of toetsen, zoals beschreven in het *Landelijk toetsplan* [85].

- *Voortgangsgesprekken* in de driehoek waarin aios, opleider en docent gezamenlijk hun oordeel over competentieniveau en voortgang construeren.
- *Vangnet*: bij twijfel over het competentieniveau en/of onvoldoende beeldvorming hiervan wordt de aios in toenemende mate gevraagd om onderbouwing van diens competentieontwikkeling, met als maximale variant het geïntensiveerd begeleidingstraject (GBT).

Deze pijlers worden hieronder verder toegelicht.

3.4.1.1 Expertoordeel

Opleiders en docenten beoordelen als experts, ieder op hun eigen gebied. Om hun oordeel optimaal in te zetten moeten beoordelaars de volgende expertise hebben:

- Ze zijn zich bewust van waar ze wel en niet over kunnen en hoeven oordelen vanuit hun specifieke rol als beoordelaar ten opzichte van andere beoordelaars.
- Ze hanteren hun subjectiviteit.
- Ze onderbouwen hun oordeel narratief en vertalen dit naar heldere adviezen aan de aios (feed forward) en de besluitvormers [17, 95].
- Ze bevorderen inclusiviteit door rekening te houden met diversiteit en gelijke kansen te bewaken [9].

Beoordelen is dus een complexe vaardigheid en daarom een belangrijk onderdeel van docent- en opleidersprofessionalisering (zie 3.5)

3.4.1.2 Beeld van de aios

Het beeld van de aios over diens niveau en voortgang ontwikkelt zich continu gedurende de opleiding op basis van veelvuldige zichtbaarheid binnen constructieve opleidingsrelaties, zoals beschreven onder uitgangspunt 3.2. De aios is veelal zichtbaar bij verschillende personen (opleider, praktijkmedewerkers, docenten, expertdocenten, etc.), die allen waardevolle bijdragen kunnen leveren aan het beeld van de aios en het expertoordeel.

De aios kan in overleg met opleider en docent doelgericht gebruik maken van observatie- en toetsinstrumenten voor het krijgen van specifieke feedback en inzicht in de eigen ontwikkeling. Deze instrumenten staan in detail beschreven in het *Landelijk toetsplan* [85]. Bevindingen kunnen worden bewaard in het portfolio, worden besproken in de driehoek en dragen bij aan het beeld van de aios bij opleider en docent.

3.4.1.3 Voortgangsgesprek in de driehoek

Voortgangsgesprekken vinden iedere drie tot vier maanden plaats. De doelen van de voortgangsgesprekken zijn terugblikken op activiteiten gedurende de afgelopen periode, samen vaststellen van het niveau en de ontwikkeling van de competenties van de aios binnen de verschillende huisartsgeneeskundige Thema's, en plannen van activiteiten t.b.v. de competentieontwikkeling van de aios in de volgende periode. De kwaliteit van de voortgangsgesprekken wordt in de eerste plaats bepaald door de mate waarin de aios in de afgelopen periode competentieontwikkeling zichtbaar heeft kunnen maken en opleider en docent zich daarvan een beeld hebben kunnen vormen (zie 3.4.2.2). Daarnaast wordt de kwaliteit van de voortgangsgesprekken bepaald door de kwaliteit van de expertoordelen van opleider en docent (zie 4.3.2.1) én door de kwaliteit van het gesprek waarin aios, opleider en docent ieder hun eigen rol hebben.

Voortgangsgesprekken stellen dus hoge eisen aan alle deelnemers en hun interactie en vinden daarom bij voorkeur plaats als driegesprek tussen aios, opleider en docent. Een voortgangsgesprek waarin alle deelnemers elkaar bevragen moet leiden tot bruikbare feedback en feed forward en een gefundeerd voortgangsoordeel en -advies, met aandacht voor de veiligheid van alle deelnemers en hun opleidingsrelaties. Voortgangsgesprekken in de driehoek kunnen (deels) online georganiseerd worden als dit logistiek de voorkeur heeft. Uiteraard zullen naast driegesprekken ook aanvullende tweegesprekken plaatsvinden.

3.4.1.4 Vangnet

Als er sprake is van twijfel aan de competentieontwikkeling of daar onvoldoende beeld van is ontstaan bij docent en/of opleider, dan is dit een belangrijk signaal dat verantwoord vertrouwen in het geding is. Twijfel uit zich in eerste instantie vaak als een 'niet pluis' of onderbuikgevoel bij docent of opleider en dat verdient aandacht [96, 97]. Onderbouwing en explicitering van twijfel vindt plaats in gesprekken waarbij alle partijen in de driehoek zijn betrokken. Daarbij spreken de deelnemers zich ook uit over de opleidingscondities, waaronder de inzet van de aios, het reflectievermogen van de aios, de kwaliteit van de opleidingsrelatie en de kwaliteit van de leerwerkplek [96]. Als na dit gesprek en de gemaakte afspraken onvoldoende verbetering van de beeldvorming en/of ontwikkeling van competenties optreedt, is dat het signaal om met de aios meer formele afspraken te maken over dossiervorming, remediëring en/of aanvullende toetsing [98].

3.4.2 Beoordeling tijdens de externe stages

De externe stages wijken qua zichtbaarheid, beoordeling en besluitvorming deels af van de opleidingsperiodes in de huisartspraktijk [99]. Het contact tussen stageopleider en aios is in de regel minder intensief dan het contact tussen huisartsopleider en aios. Vaak zijn er meerdere stafleden betrokken en/of werkt de aios met name samen met andere zorgverleners. Ook in deze contexten willen we verantwoord kunnen vertrouwen op beoordeling en besluitvorming. Ten aanzien van de externe stages gelden daarom de volgende aanvullingen op de voornoemde pijlers:

- Het *expertoordeel* van stageopleiders heeft betrekking op competentieontwikkeling in de context van de stage, waaronder de interprofessionele competentieontwikkeling [100].
- Het krijgen van een goed *beeld van de aios* vraagt van de stageopleider om het verzamelen van de indrukken die verschillende zorgverleners in hun samenwerking met de aios hebben verkregen [73]. Het in onderling overleg afspreken van meer formele momenten en methodes van observatie (zoals beschreven in het *Landelijk toetsplan*) kan verder bijdragen aan het beeld dat de stageopleider en docent van de aios krijgen. De uitdaging is om met dergelijke middelen ook het doel van *wederzijdse* zichtbaarheid (3.2) te behalen.
- Het *voortgangsgesprek* vindt ook in de externe stages bij voorkeur plaats in de driehoek. Logistieke belemmeringen maken dat dit niet altijd mogelijk zal zijn. De uitdaging is om de doelen van het voortgangsgesprek (3.4.1.3) dan op een andere manier te behalen.
- Het *vangnet* functioneert in de externe stages op dezelfde manier als in de opleidingsperiodes in de huisartspraktijk. Een laagdrempelig contact tussen stageplaatsen en het opleidingsinstituut via de docenten of middels vaste contactpersonen is een vereiste om signalen tijdig op te pikken en bespreekbaar te maken.

3.5 Inhoudelijk en didactisch bekwame opleiders en docenten borgen een goede opleiding

Huisartsopleiders, stageopleiders en docenten spelen een centrale rol in het realiseren van een ontwikkelingsgericht opleidingsklimaat. Dat stelt hoge eisen aan hun expertise op het gebied van opleiden, terwijl opleiden meestal niet hun eerste vak is. Een belangrijke taak voor de opleidingsinstellingen is daarom het organiseren van hoogwaardige docent- en opleidersprofessionalisering [101-103].

3.5.1 Docentprofessionalisering

Voor een opleidingsvisie die in het dagelijkse opleiden herkenbaar is, is het van fundamenteel belang dat deze door alle docenten gekend, begrepen en gedragen is. Effectieve docentprofessionalisering begint daarom met het vroegtijdig (bij indiensttreding) en voortdurend aanbieden, toelichten en dialogiseren van deze visie op opleiden [104]. Net als bij de aiossen zetten we bij de docenten in op zelfsturing bij hun professionalisering. Verantwoord vertrouwen betekent dat we erop vertrouwen dat docenten de gezamenlijke visie op hun eigen manier weten te vertalen in hoe ze werken [101]. Dat is verantwoord omdat we heldere kaders bieden met het *Competentieprofiel docent* [*Competentieprofiel van de docent per taakgebied (huisartsopleiding.nl)*], en omdat we docenten hierin ondersteunen met onderwijs gericht op hun competentie-ontwikkeling, en omdat docenten op hun opleidingsinstituut onderdeel zijn van een lerende organisatie [59, 62].

In het kader van de vijf uitgangspunten van dit LOP, en het overkoepelende Verantwoord vertrouwen, moet docentprofessionalisering met name gericht zijn op:

- Het functioneel inzetten van de eigen expertise als huisarts respectievelijk gedragswetenschapper in het cursorisch onderwijs;
- Het bevorderen van de aansluiting van de aios bij verschillende netwerken
- Het bevorderen van wederzijdse zichtbaarheid van aios, docent en opleider;
- Het bevorderen en ondersteunen van de constructieve opleidingsrelaties in de driehoek;
- Het stimuleren en begeleiden van, en vertrouwen op, zelfsturing door de aios;
- Het geven van ontwikkelingsgerichte narratieve feedback ter ondersteuning van de competentieontwikkeling van de aios;
- Het geven van een gefundeerd expertoordeel over die ontwikkeling;
- Het bevorderen van diversiteit, inclusiviteit en gelijkheid van kansen in onderwijs aan aiossen en bij begeleiding en beoordeling van de aiossen [9];
- Het hanteren van het beschreven vangnet (3.4.1.4) wanneer de competentie-ontwikkeling van de aios achterblijft bij de verwachtingen van de begeleidende docent en/of opleider.

3.5.2 Opleidersprofessionalisering

3.5.2.1 Huisartsopleiders

Ook voor opleidersprofessionalisering geldt dat vroegtijdig aanbieden, toelichten en dialogiseren van de visie op opleiden cruciaal is. Ook bij opleiders vertrouwen we erop dat zij deze visie en de bovenstaande uitgangspunten zelfsturend naar hun eigen opleidingspraktijk

vertalen. En ook bij opleiders maken de heldere kaders in de vorm van het *Competentieprofiel Opleiders* [*Competentieprofiel Opleider CHVG (huisartsopleiding.nl)*], de ondersteunende scholing en het participeren in peergroepen dit vertrouwen verantwoord.

In het kader van de vijf uitgangspunten van dit LOP en het overkoepelende Verantwoord vertrouwen moet opleidersprofessionalisering met name gericht zijn op:

- Het functioneel inzetten van de eigen expertise als huisarts;
- Het organiseren van een divers patiëntenaanbod [36];
- Het bevorderen van de aansluiting van de aios bij verschillende netwerken;
- Het bevorderen van wederzijdse zichtbaarheid (aios en opleider) en dialoog;
- Het bevorderen van constructieve opleidingsrelaties in de driehoek;
- Het stimuleren en begeleiden van, en vertrouwen op, zelfsturing door de aios;
- Het geven van ontwikkelingsgerichte narratieve feedback ter ondersteuning van de competentieontwikkeling van de aios;
- Het geven van een gefundeerd expertoordeel over die ontwikkeling;
- Het bevorderen van diversiteit, inclusiviteit en gelijkheid van kansen bij begeleiding en beoordeling van de aios [9];
- Het hanteren van het beschreven vangnet (3.4.1.4) wanneer de competentie-ontwikkeling van de aios achterblijft bij de verwachtingen van de begeleidende docenten en/of opleider.

3.5.2.2 Stageopleiders

Stageopleiders genieten hun opleidersprofessionalisering grotendeels binnen de eigen stage-organisatie. De mogelijkheden voor professionalisering van stageopleiders vanuit de huisartsopleiding zijn beperkt. Voor het delen van onze visie op opleiden en de vijf uitgangspunten van dit LOP is het contact tussen docenten en stage-opleiders rondom de begeleiding van de aios daarom van extra groot belang.



4 Structuur van de opleiding

De structuur van de huisartsopleiding is vastgelegd in het Besluit Huisartsgeneeskunde (CGS) [1, 2]. De huisartsopleiding heeft twee hoofdonderdelen: opleidingsperiodes in de huisartsenpraktijk en externe stages.

4.1 Indeling opleidingsperiodes

De opleiding bestaat uit:

1. Twee opleidingsperiodes in de praktijk van een huisarts die erkend is als opleider; deze duren in totaal meestal $2 \times 12 = 24$ maanden, met een minimum van 21 en een maximum van 30 maanden. De aios start met een opleidingsperiode in de huisartspraktijk en de opleiding wordt in principe afgesloten met een tweede opleidingsperiode in de huisartspraktijk.
2. Externe stages buiten de huisartspraktijk, waaronder een verplichte klinische stage (in het ziekenhuis) van ten minste 6 maanden. In totaal duren de externe stages meestal 12 maanden, met een minimum van 6 en een maximum van 15 maanden. Hiervan mag maximaal 6 maanden buiten de huisartsopleidingspraktijk en het ziekenhuis gevolgd worden.

De externe stages zijn voor de competentieontwikkeling van de aios om tenminste twee redenen aanvullend op de opleidingsperiodes in de huisartspraktijk:

- De aios kan in korte tijd veel ervaring opdoen met ziektes en aandoeningen die in de huisartspraktijk laagfrequent voorkomen;
- De aios kan de context en dynamiek van de betreffende instelling leren kennen en ervaring opdoen met interprofessionele samenwerking.

Het standaard opleidingsschema bevat externe stages in de spoedzorg, de complexe chronische zorg en de geestelijke gezondheidszorg vanwege de grote relevantie van deze zorggebieden voor de huisartspraktijk en de uitdagingen waarvoor aiossen zich gesteld zien bij hun competentieontwikkeling op juist deze gebieden. Alleen op grond van eerder verworven competenties zijn er mogelijkheden voor aanpassing (individualisering) van het opleidingsschema (zie 4.3).

Standaard opleidingsschema bij voltijds aanstelling

	Verplichte onderdelen	Keuze onderdelen	Duur
Jaar 1	Eerste opleidingsperiode in de huisartspraktijk		12 maanden
Jaar 2	Klinische stage 6 maanden		6 maanden
	Stage Geestelijke Gezondheidszorg (GGZ)		Maximaal 6 maanden
	Stage Complexe Chronische Zorg (CCZ)		
		Stage naar keuze	
Jaar 3	Tweede opleidingsperiode in de huisartspraktijk		12 maanden
		Differentiatie module of andere verdiepingsmogelijkheden	Maximaal 3 maanden

4.1.1 Deeltijd-opleiding tot huisarts

Het bovenstaande schema is gebaseerd op een voltijdse aanstelling. Veel aiossen volgen de opleiding echter in deeltijd. De stageduur wordt daar naar rato op aangepast. Bij het bepalen van de deeltijdfactor zijn het borgen van de continuïteit van patiëntenzorg en praktijkvoering, alsmede het borgen van opleidingscondities (met name uitgangspunten 3.1, 3.2 en 3.4), belangrijke factoren. Het Kaderbesluit vereist een spreiding over minimaal drie praktijkdagen per week [1].

4.2 Inhoud opleidingsperiodes huisartspraktijk en externe stages

4.2.1 Eerste opleidingsperiode in de huisartspraktijk

In de eerste opleidingsperiode in de huisartspraktijk gaat het om de competentieontwikkeling van de aios op het onderdeel 'huisartsenzorg voor veelvoorkomende problemen'. De aios raakt vertrouwd met het werkterrein en de werkwijze van de huisarts. Epidemiologie, klinisch redeneren, arts-patiëntcommunicatie en de ontwikkeling van een professionele attitude zijn het belangrijkste. Daarbij is er aandacht voor medisch, persoonlijk en organisatorisch leiderschap en interprofessionele samenwerking.

In de eerste opleidingsperiode doet de aios ook ervaring op in de spoedzorg door het doen van avond-, nacht- en weekenddiensten op de huisartsenspoedpost. Het dienstdoen op de huisartsenpost biedt de aios de gelegenheid om zich te bekwamen in spoedzorg met als doel dat de aios geleidelijk met supervisie op afstand de spoedzorg adequaat en veilig kan leveren. De opleider superviseert de aios tijdens de diensten en zorgt in samenwerking met de huisartsenpost voor voldoende variatie in aanbod en leermomenten. Het niveau van supervisie is afhankelijk van de ontwikkeling van de aios en zal in de eerste opleidingsperiode in de huisartspraktijk veelal directe supervisie of direct beschikbare supervisie betreffen. De aios doet in de eerste opleidingsperiode in de huisartspraktijk minimaal 20 en maximaal 25 diensten in de rollen van consultarts, visite-arts en telefoonarts. Wanneer een opleidingsperiode korter duurt dan 12 maanden, worden minimum en maximum aantal te verrichten diensten naar rato bijgesteld. Onder een dienst wordt verstaan een avond-, nacht- en weekenddienst zoals ingeroosterd door de huisartsenpost waarbij de opleider aangesloten is. Over het algemeen is de duur van de dienst 8 – 9 uur, in een enkel geval zijn er diensten met een kortere duur. Alleen diensten van 5 uur of langer tellen mee. Bij het plannen van diensten en compensatie worden de grenzen van de werktijden in acht genomen, zoals beschreven in het arbeidstijdenbesluit en de cao.

Bovenstaande kaders zijn verder uitgewerkt in de uitvoeringsregeling 'Leidraad voor het leren dienstdoen'. <https://www.huisartsopleiding.nl/wp-content/uploads/Leidraad-voor-het-leren-dienstdoen-2022.pdf>

4.2.2 Klinische stage

De Klinische stage duurt zes maanden. De nadruk ligt op spoedeisende zorg. Het belangrijkste doel van deze stage is het ontwikkelen van klinische competenties op het gebied van acute ziektebeelden die in de huisartspraktijk minder frequent voorkomen. Een tweede doel is het opdoen van ervaring met interprofessioneel samenwerken. De aios is als behandelend arts betrokken bij diagnostiek en behandeling van patiënten die door de huisarts naar de tweede lijn verwezen zijn. Daarbij is er veel aandacht voor de verschillen tussen eerste en tweede lijn en verhoudt de aios zich als toekomstig huisarts actief tot de tweede lijn. Dit is een proces van halen en brengen: de aios leert het tweedelijns perspectief beter kennen én vertegenwoordigt het eerstelijns perspectief in de interprofessionele dialoog.

Tijdens de klinische acute zorgstage nemen aios deel aan ANW-diensten. Acute zorg heeft immers een 24-uurs karakter. AIOS nemen deel aan het binnen de stage instelling geldende

dienstenrooster. De dienstbelasting staat duidelijk omschreven in het stageleerwerkplan. Het dienstenrooster moet voldoen aan de geldende wettelijke regelgeving. Het maximum aantal diensten kan nooit meer zijn dan beschreven in het LOP van het betreffende klinisch specialisme waar de stage onder valt.

4.2.3 Stage Geestelijke GezondheidsZorg (GGZ)

De stage Geestelijke GezondheidsZorg vindt plaats in een GGZ-instelling. In deze stage gaat het om ontwikkeling van de klinische competenties op het gebied van psychosociale en psychiatrische problematiek die in de huisartspraktijk minder geclusterd voorkomt. Het accent ligt op diagnostiek en behandeling van problemen en aandoeningen die binnen het bereik van de huisartsenzorg vallen. Ook in deze stage is er veel aandacht voor de verschillen tussen eerste en tweede lijn en verhoudt de aios zich als toekomstig huisarts actief tot de tweede lijn.

4.2.4 Stage Complexe Chronische Zorg (CCZ)

De stage Complexe Chronische Zorg vindt veelal plaats in verpleeghuizen, revalidatieklinieken, instellingen voor klinische geriatrie of in transmurale projecten rondom ouderenzorg. De stage kan onder bepaalde voorwaarden, zoals het bestaan van een nauwe samenwerking met een specialist ouderengeneeskunde ook vanuit de huisartspraktijk worden gedaan. Complexe ouderenzorg is gezien de toenemende vergrijzing een belangrijk speerpunt voor alle medische vervolgopleidingen. Deze stage heeft tot doel de ontwikkeling te bevorderen van klinische competenties op het gebied van complexe ouderenzorg en andere complexe zorg bij chronische aandoeningen die in de huisartspraktijk minder geclusterd voorkomen. Ook hier is veel aandacht voor interprofessionele samenwerking en de rol van de individuele aios als toekomstig huisarts hierin.

In de GGZ-stage, CZ-stage en klinische stage zonder acuut karakter zijn ANW-diensten geen structureel onderdeel van de stage. Als er sprake is van een meerwaarde in een bepaalde stage instelling, kan een aios aan deze diensten deelnemen. Deze NAW-diensten dienen dan wel duidelijk in het stageleerwerkplan vermeld te worden. De AIOS kan in dat geval bewust voor een dergelijke stage kiezen. Het maximum aantal van de diensten is als beschreven voor de huisartsenstage.

4.2.5 Stage naar keuze

In overleg met het opleidingsinstituut kan de aios, op grond van eerder verworven competenties, binnen de eerdergenoemde regels het individueel opleidingsschema (IOS)

invullen met andere dan de hierboven genoemde stages [1]. Verantwoord vertrouwen betekent dat aiossen hierin gemotiveerd andere keuzes kunnen maken, waarbij beschikbaarheid van de stageplaats een beperkende factor kan zijn. In principe vindt elke stage plaats in een erkende stage-instelling. In overleg zijn ook incidentele stages van maximaal zes weken bij een niet-erkende instelling of opleidingsplek mogelijk onder verantwoordelijkheid van een door het instituut aangestelde erkende opleider. Tevens bestaat er een mogelijkheid van stages in het buitenland. Aan alle stages naar keuze zijn voorwaarden verbonden. Zie voor wijziging van het IOS ook 4.3.

4.2.6 Tweede opleidingsperiode in de huisartspraktijk

De tweede opleidingsperiode in de huisartspraktijk is het afsluitende deel van de huisartsopleiding. Belangrijke leeronderwerpen in deze periode hebben betrekking op het leveren van continue zorg aan mensen met complexe problematiek binnen verschillende thema's. De aios houdt zich ook bezig met medisch, persoonlijk, en organisatorisch leiderschap (bijvoorbeeld kwaliteitsbeleid, personeelsmanagement en organisatie van de zorg, binnen en ook buiten de praktijk). In het kader van de competentie kennis en wetenschap kan de aios in deze periode ook een rol spelen in het opleiden van anderen zoals co-assistenten.

Ook in de tweede opleidingsperiode doet de aios ervaring op in de spoedzorg door avond, nacht en weekenddiensten op de huisartsenspoedpost. Het dienstdoen op de huisartsenpost biedt de aios de gelegenheid om zich te bekwamen in spoedzorg met als doel dat de aios geleidelijk zelfstandig de spoedzorg adequaat en veilig kan leveren. De opleider superviseert de aios tijdens de diensten en zorgt in samenwerking met de huisartsenpost voor voldoende variatie in aanbod en leermomenten. Over het algemeen zal de aios in het derde jaar vanaf de 6e tot uiterlijk de 9e maand van de opleiding starten met dienstdoen met supervisie op afstand. In de tweede opleidingsperiode in de huisartspraktijk doet de aios minimaal 20 en maximaal 25 diensten in de rollen van consultarts, visite-arts en telefoonarts. Wanneer een opleidingsperiode korter duurt dan 12 maanden, worden minimum en maximum aantal te verrichten diensten naar rato bijgesteld. Onder een dienst wordt verstaan een avond-, nacht- en weekenddienst zoals ingeroosterd door de huisartsenpost waarbij de opleider aangesloten is. Over het algemeen is de duur van de dienst 8 – 9 uur, in een enkel geval zijn er diensten met een kortere duur. Alleen diensten van 5 uur of langer tellen mee. Bij het plannen van diensten en compensatie worden de grenzen van de werktijden in acht genomen, zoals beschreven in het arbeidstijdenbesluit en de cao.

Bovenstaande kaders zijn verder uitgewerkt in de uitvoeringsregeling 'Leidraad voor het leren dienstdoen'. [Leidraad voor het leren dienstdoen op de post - Huisartsopleiding Nederland].

4.2.7 Differentiatiemodule of andere verdiepmogelijkheden

Tijdens de tweede opleidingsperiode in de huisartspraktijk kan de aios een differentiatiemodule volgen om specifieke deskundigheid op te doen. Er is een landelijk aanbod van differentiatiemodules met onderwerpen van de NHG-Kaderopleidingen. Daarnaast kan de aios de differentiatie *Wetenschappelijk onderzoek of Onderwijs maken en geven* volgen. Tenslotte kunnen aiossen verdiepmogelijkheden op basis van een eigen door de opleiding goedgekeurd plan volgen. De aios integreert deze verdieping met het werken en leren in de huisartspraktijk. Dat wil zeggen: de aios werkt in de huisartspraktijk en besteedt daarnaast tijd aan de differentiatiemodule of andere verdieping.

4.3 Individueel opleidingschema (IOS)

Aiossen kunnen in hun individuele opleidingschema (IOS) op grond van eerder verworven competenties afwijken van het standaard opleidingschema. We onderscheiden daarbij verkorting van de opleidingsduur en alternatieve inhoudelijke invulling van de stageperiodes. Erkenning en toekenning van vrijstelling of alternatieve invulling vindt altijd plaats conform de regelgeving uit het Kaderbesluit CGS en het besluit Huisartsgeneeskunde [1, 2].

Het opleidingsinstituut stelt aan het begin van de opleiding voor de aios een voorlopig IOS op. Dit bevat een overzicht van de begin- en einddatum en de verschillende opleidingsperiodes en externe stages. Eventuele voorlopige vrijstellingen van opleidingsonderdelen zijn hierin verwerkt. In de eerste opleidingsperiode in de huisartspraktijk beoordelen opleider en docent in samenspraak met de aios of de eerdere verworven competenties inderdaad een verkorting van de opleidingsduur rechtvaardigen. Opleider en docent geven hierover na het tweede voortgangsgesprek advies aan het hoofd, die de vrijstelling al dan niet definitief vaststelt. Als het hoofd de aanvraag tot verkorting van de opleidingsduur afwijst, geeft het hoofd een schriftelijke onderbouwing aan de aios.

4.4 Leerwerkplan

Voor elke opleidingspraktijk en stage-instelling geldt dat de opleider een leerwerkplan opstelt. Hierin staat hoe de opleiding ter plaatse vorm en inhoud krijgt. In het leerwerkplan wordt aandacht besteed aan de opleidingscondities en de mogelijkheden voor het benutten van het interprofessionele netwerk op die plek. Het hoofd van het opleidingsinstituut waaraan de opleidingspraktijk of stage-instelling is gelieerd keurt het leerwerkplan goed.

5 Protocol Beoordeling en besluitvorming

Dit protocol beschrijft de formele wijze van beoordeling en besluitvorming. Beoordeling en besluitvorming vinden plaats op basis van het Competentieprofiel van de huisarts binnen de tien vakinhoudelijke Thema's. Waar in dit protocol het hoofd van de huisartsopleiding wordt genoemd, kan dit ook een door het hoofd gemandateerde gedelegeerde zijn. Het hoofd van de opleiding blijft te allen tijde eindverantwoordelijk voor de genomen besluiten.

Onderstaande tabel geeft schematisch weer met welke frequentie/op welk moment in de verschillende opleidingsperiodes en externe stages beoordeling en besluitvorming over niveau en ontwikkeling van de afzonderlijke competenties plaatsvindt.

Tabel 1: Beoordeling en besluitvorming in de verschillende opleidingsperiodes en stages

Stage	Activiteit	Frequentie
Opleidingsperiode in de huisartspraktijk 1	ComBeL – Voortgangsgesprek-Verslag-Voortgangsadvies*	Om de 3-4 maanden
	Voortgangsbeslissing	Tegen einde periode 1
Stages in een stage-instelling	ComBeL – Voortgangsgesprek-Verslag-Voortgangsadvies*	Om de 3-4 maanden
	Stagebeoordeling	Tegen einde van iedere stage
	Voortgangsbeslissing	Tegen einde alle stages
Opleidingsperiode in de huisartspraktijk 2	ComBeL – Voortgangsgesprek-Verslag-Voortgangsadvies*	Om de 3-4 maanden
	Beslissing voltooiing opleiding	Uiterlijk 3 maanden voor beoogde einde

* Naar aanleiding van ieder voortgangsadvies kan een geïntensiveerd begeleidingstraject volgen

Zoals beschreven onder uitgangspunt 3.4 vormen opleider en docent zich een beeld van het niveau en de ontwikkeling van de competenties van de aios op basis van diens zichtbaarheid in constructieve opleidingsrelaties, aangevuld met doelgericht ingezette instrumenten zoals beschreven in het *Landelijk toetsplan* (3.4.2.2). In dit hoofdstuk staan eerst doel en globale inhoud van het *Landelijk toetsplan* beschreven. Daarna volgt de uitwerking van de procedures van beoordeling en besluitvorming.

5.1 Landelijk toetsplan

Het *Landelijk toetsplan* beschrijft de instrumenten die binnen de opleiding kunnen worden ingezet voor observatie, feedback en reflectie. Zij kunnen ook een rol spelen bij beoordeling en besluitvorming. In het *Landelijk toetsplan* is voor ieder instrument op basis van de uitgangspunten van het LOP beschreven waarvoor (doel) en hoe het instrument wordt gebruikt en of deelname/gebruik verplicht is [85]. Het *Landelijk toetsplan* ondersteunt daarmee aios, opleider en docent in het doelgericht kiezen en inzetten van instrumenten.

5.2 ComBeL en voortgangsgesprek

Elke 3-4 maanden is er een voortgangsgesprek, gericht op de ontwikkeling van de aios. Als voorbereiding op het gesprek geven aios, opleider en docent, in een bij ieders rol passende specifieke competentie-beoordelingslijst (ComBeL), hun oordeel over het niveau en de ontwikkeling van de competenties. De afzonderlijke competenties worden binnen de verschillende inhoudelijke Thema's beoordeeld in de vorm van geschreven feedback en feed forward.

Bevindingen uit ieders ComBeL worden besproken in het voortgangsgesprek. In dit voortgangsgesprek, bij voorkeur een driegesprek, reflecteert de aios op de voorbije periode en kijkt de aios vooruit naar de komende periode. Opleider en docent geven feedback. Resultaat is het gezamenlijk formuleren van een leerplan voor het vervolg van de opleiding (feed forward).

Van het voortgangsgesprek maakt de aios een verslag waarin doelen en plannen voor de komende periode zijn beschreven en wat daarbij de bijdragen zijn van aios, opleider en docent. Dit verslag wordt aan het portfolio toegevoegd, evenals de ondersteunende ComBeLs. Door dit verslag te accorderen, committeren opleider en docent zich aan de doelen, de plannen en hun bijdrage daaraan.

5.3 Voortgangsadvies

Na elk voortgangsgesprek geven opleider en docent ieder hun onafhankelijk expertoordeel (voortgangsadvies of stagebeoordeling). Dit expertoordeel is een educatieve beoordeling, zoals beschreven onder E.1 in het Kaderbesluit CGS [1]. Het expertoordeel bestaat uit een uitspraak over niveau en ontwikkeling van de afzonderlijke competenties en een advies aan de aios en het hoofd van de opleiding over voortzetting van de opleiding. Leidend is steeds de vraag of er voldoende niveau en ontwikkeling van de competenties is om erop te kunnen

vertrouwen dat de aios binnen de gestelde tijd het eindniveau haalt. Niveau en ontwikkeling van de competenties worden beoordeeld binnen de tien Thema's. Naast de Thema's kunnen de doelen van de verschillende stages zoals hierboven vermeld houvast geven.

Het expertoordeel over niveau en ontwikkeling van competenties leidt tot een van de volgende uitspraken:

- a) Voldoende competentieniveau
- b) Onvoldoende competentieniveau
- c) Twijfel aan voldoende competentieniveau
- d) Te weinig beeldvorming binnen de verschillende Thema's om een uitspraak te doen

In de gevallen b, c en d volgen altijd een analyse van het probleem en afspraken over het vervolg. Daarbij spreken de deelnemers zich ook uit over de opleidingscondities waaronder de inzet van de aios, het reflectievermogen van de aios, de kwaliteit van de opleidingsrelatie en de kwaliteit van de leerwerkplek.

Naast het expertoordeel over de competenties wordt het voortgangsadvies aangevuld met een voortgangsadvies aan het hoofd van de opleiding over de voortzetting en/of afronding van de opleiding:

- De aios kan de opleiding voortzetten.
- De aios kan de opleiding onder voorwaarden voortzetten.
- De aios kan de opleiding niet voortzetten.

De competentieontwikkeling van aios verloopt niet volgens een vast patroon en is onder meer afhankelijk van eerdere ervaring en van wat de praktijk aan leerervaringen biedt. Het voortgangsadvies dient daarom altijd geduid te worden in relatie tot het moment in de opleiding en de opleidingsperiode of externe stage waarover het advies gaat.

5.4 Besluitvorming (voortgangsbeslissing)

De voortgangsbeslissing is een selectieve beoordeling, zoals beschreven onder E.1 in het Kaderbesluit CGS [1].

Voor de besluitvorming gelden de volgende afspraken en procedures:

- a. Besluitvorming is primair gebaseerd op de voortgangsverslagen en -adviezen en het voldoen aan de formele verplichtingen zoals beschreven in dit LOP en uitgewerkt in het Landelijk toetsplan.
- b. Aan het einde van het eerste en tweede opleidingsjaar neemt het hoofd van de opleiding één van de volgende beslissingen:
 1. De opleiding van de aios wordt voortgezet.
 2. De opleiding van de aios wordt onder voorwaarden voortgezet.
 - Dit geldt in elk geval als opleider en/of docent op een of meer competenties de stage en/of de voortgang als 'onvoldoende' beoordelen én als de beslissing niet inhoudt dat de opleiding van de aios wordt beëindigd.
 3. De opleiding van de aios wordt verlengd.
 - Als er sprake is van vertraging in de competentieontwikkeling van de aios, kan het hoofd de opleidingsduur (zoals bedoeld in Kaderbesluit CGS B.5) verlengen met maximaal zes maanden, bij een fulltime aanstelling.
 4. De opleiding van de aios wordt beëindigd.
 - Het hoofd van de opleiding kan tussentijds beslissen de opleiding van de aios te beëindigen als er zwaarwegende argumenten zijn op grond waarvan de aios in de resterende opleidingstijd -inclusief eventuele mogelijkheden tot verlenging - naar verwachting niet de competenties zal ontwikkelen om aan het einde van de opleiding zelfstandig binnen de tien Thema's huisartsgeneeskundige zorg te kunnen leveren. Voor deze beslissing geldt een opzegtermijn van ten minste één maand. Het hoofd informeert hierover de Registratiecommissie Geneeskundig Specialisten (RGS). Beslissingen tot verlenging en/of een geïntensiveerd begeleidingstraject en/of beëindiging van de opleiding worden altijd met opgaaf van redenen mondeling en schriftelijk met de aios gedeeld.

- c. Geïntensiveerd begeleidingstraject: Het hoofd van de opleiding kan op basis van voortgangsadviezen en de onderbouwing daarvan, of na onderbreking van de opleiding, op ieder moment in de opleiding beslissen om een geïntensiveerd begeleidingstraject in te zetten (zie 5.5).

- d. Uiterlijk drie maanden voor het beoogde einde van de opleiding neemt het hoofd van de opleiding één van de volgende beslissingen:
 1. De opleiding van de aios wordt voltooid.
 2. De opleiding van de aios wordt verlengd.
 - Als er sprake is van vertraging in de competentieontwikkeling van de aios, kan het hoofd van de opleiding de opleidingsduur (zoals bedoeld in Kaderbesluit CGS B.5) verlengen met maximaal zes maanden, bij een fulltime aanstelling.
 3. De opleiding van de aios wordt voortijdig beëindigd.
 - Het hoofd van de opleiding kan tussentijds beslissen de opleiding van de aios te beëindigen als er zwaarwegende argumenten zijn op grond waarvan de aios in de resterende opleidingstijd -inclusief eventuele mogelijkheden tot verlenging - naar verwachting niet de competenties zal ontwikkelen om aan het einde van de opleiding zelfstandig binnen de tien Thema's huisartsgeneeskundige zorg te kunnen leveren. Voor deze beslissing geldt een opzegtermijn van ten minste één maand. Het hoofd informeert hierover de Registratiecommissie Geneeskundig Specialisten (RGS). Beslissingen tot verlenging en/of een geïntensiveerd begeleidingstraject en/of beëindiging van de opleiding worden altijd met opgaaf van redenen mondeling en schriftelijk met de aios gedeeld.

- e. Alle voortgangsbeslissingen en de eventueel daarbij horende toelichtingen worden gedocumenteerd in het portfolio.

5.5 Geïntensiveerd begeleidingstraject, voortzetting onder voorwaarden en verlenging

Beslissingen tot verlenging en/of een geïntensiveerd begeleidingstraject van de opleiding worden altijd mondeling en schriftelijk met redenen gemotiveerd. Het hoofd van de opleiding stelt de aios schriftelijk in kennis van:

1. de voorwaarde(n) waaraan de aios moet voldoen;
2. de termijn en de wijze waarop begeleiding en beoordeling plaatsvinden;
3. wat van opleider en docent verwacht wordt;
4. wat de consequenties zijn van het wel of niet voldoen aan de voorwaarden.

Leren onder aanvullende voorwaarden en/of tijdens een geïntensiveerd begeleidingstraject kan ernstig worden bemoeilijkt door de verhoogde prestatiedruk. Het opleidingsinstituut draagt daarom bij aan zo goed mogelijke leercondities door expliciet en concreet te zijn in feedback en feed forward en in hoe de voortgang beoordeeld zal worden. Daarnaast onderzoekt het opleidingsinstituut of een geïntensiveerd traject binnen de bestaande driehoek van aios-opleider-docent voldoende kansrijk is (constructieve opleidingsrelaties, zie 3.2). Bij de beoordeling van de voortgang zal dit alles steeds betrokken worden.

5.6 Toetsing deeltijd-aios en aiothos

Aiossen volgen in verschillende formatie-omvang de opleiding. In de meeste gevallen passen de in dit protocol beschreven procedures en momenten. In individuele gevallen waarin het protocol niet past, kan het hoofd van de opleiding een aangepaste procedure vaststellen.

5.7 Geschillen

Bij een geschil over de besluitvorming geldt *de geschillenprocedure van de Regeling specialismen en profielen geneeskunst*.

5.8 Portfolio

Beoordeling en besluitvorming worden ondersteund door een portfolio [1, 105]. De vormgeving en het gebruik van dit portfolio volgen de uitgangspunten van dit LOP.

6 Kwaliteit: doen we de goede dingen en doen we die goed?

In dit hoofdstuk onderscheiden we de kwaliteit van het LOP als document en de kwaliteit van de opleiding en de organisatie. Kwaliteitsmanagement draait om de vraag 'Doen we de goede dingen en doen we die goed?'. Het LOP als document beschrijft de 'goede dingen'. De realisatie (doen we de dingen goed?) gebeurt door de opleiding en de organisatie, op de opleidingsinstituten, in de opleidingspraktijken, in de stage-instellingen en in de werkorganisatie van Huisartsopleiding Nederland (HN).

Kwaliteitsmanagement is gebaseerd op een kwaliteitskader dat beschrijft waar kwaliteit aan wordt getoetst. Het kwaliteitskader kent zowel een extern als een intern deel. Het externe kader bestaat uit de wet- en regelgeving waaraan het LOP, de opleiding en de organisatie moeten voldoen voor het verkrijgen en houden van de wettelijke erkenning, zoals beschreven in het Kaderbesluit CGS, het besluit huisartsgeneeskunde en het kwaliteitskader cluster 1 van CGS [1, 2, 106]. Interne kwaliteitstoetsing gaat over de vraag of het LOP en de uitvoering ervan bijdragen aan de missie van HN, zoals beschreven in de Strategische samenwerkingsagenda en het Meerjarenbeleidsplan.

6.1 De kwaliteit van het LOP als document

Externe kwaliteitstoetsing van het LOP als document gebeurt middels instemming met het LOP door het CGS. Externe toetsing door het CGS vindt plaats bij iedere formele wijziging van het LOP en/of het Besluit huisartsgeneeskunde.

Interne kwaliteitstoetsing van het LOP als document gaat over de vraag in hoeverre de opleidingsvisie en de vijf uitgangspunten van het LOP nog actueel en uitvoerbaar zijn, in hoeverre de structuur van de opleiding nog passend is, in hoeverre het Protocol beoordeling en besluitvorming nog passend is en of de inhoud van het Competentieprofiel en de Thema's nog actueel zijn.

6.2 De kwaliteit van de opleiding en de organisatie

Het externe kwaliteitskader is vastgelegd in het Kaderbesluit CGS, het besluit huisartsgeneeskunde en het kwaliteitskader cluster 1 [1, 2, 106].

Het interne kwaliteitskader volgt uit de opleidingsvisie, de vijf uitgangspunten, de structuur van de opleiding en het Protocol beoordeling en besluitvorming zoals deze in het LOP zijn

beschreven. De visie op opleiden zoals in dit LOP beschreven vraagt om een evaluatie van de kwaliteit van de opleiding en de organisatie die beschrijvend van aard is, zich niet te veel richt op details maar op het begrijpen van hoe de opleiding als samenhangend geheel bijdraagt aan de kwalificatie, socialisatie en subjectificatie van aios [107, 108].

6.3 De kwaliteitscyclus van het LOP en van de opleiding en de organisatie

Continue ontwikkeling en verbetering van kwaliteit ontstaan als evaluatie van kwaliteit systematisch en gestructureerd gebeurt, en is ingebed in de organisatiestructuur [109, 110]. De kwaliteitscyclus wordt beschreven als PDCA (Plan-Do-Check-Act) en biedt de structuur voor het systematisch ontwikkelen en onderhouden van de kwaliteit van het LOP als document én van de kwaliteit van de opleiding en de organisatie in de opleidingspraktijken en de opleidingsinstituten binnen het samenwerkingsverband HN. In onderstaande tabel is uitgewerkt hoe de kwaliteitscyclus voor het LOP als document en voor de kwaliteit van de opleiding en de organisatie er uit ziet.

Tabel 2: Uitwerking van de kwaliteitscyclus

	Kwaliteit van LOP als document	Kwaliteit van Opleiding en organisatie
Plan: verwerken van nieuwe ontwikkelingen	Conform de wijzigingsprocedure bij CGS beslist het hoofden-overleg over wijzigen van het opleidingsplan in de vorm van ofwel een enkele detailwijziging, of een totale herziening.	Nieuwe ontwikkelingen - zowel intern als extern, maatschappelijk, in het beroep, de zorg of onderwijskundig - worden binnen het samenwerkingsverband geïnventariseerd. Dit leidt tot een besluit tot aanpassing van de opleiding of organisatie en de vaststelling of aanpassing op lokaal en/of landelijk niveau nodig is. Soms is ook aanpassing van het LOP nodig
Do: uitvoeren van het LOP	Gewenste aanpassingen worden in het LOP verwerkt en ter goedkeuring aan CGS voorgelegd. Na instemming wordt het geactualiseerde LOP geëffectueerd.	In de werkorganisatie wordt richting gegeven aan de landelijke beleidsontwikkeling en aan de landelijke ontwikkeling van producten, zoals scholing, toetsen en het e-portfolio. De instituten vertalen het LOP in een lokaal opleidingsplan en een lokaal kwaliteitssysteem
Check: meten en evalueren	Op basis van met name RGS, GEAR-audit en NIVEL-enquêtes evalueert HN of de doelen en uitgangspunten nog actueel zijn, de structuur van de opleiding passend is, het protocol beoordeling en besluitvorming passend is en of de inhoud van competentieprofiel en thema's nog actueel zijn	De uitvoering van het LOP wordt niet alleen lokaal maar ook landelijk geëvalueerd, met als ijkpunten 'verantwoord vertrouwen' en de vijf uitgangspunten van het LOP. Kwaliteitsinstrumenten zijn de GEAR-audit, de NIVEL-enquête en voor de instituten ook de RGS-verantwoording. Daarnaast zijn er periodieke evaluaties om de implementatie en werking van het LOP frequenter te kunnen monitoren.
Act: borgen en verbeteren	Onderdeel van de landelijke Gear rapportage is om op basis van de Check advies aan het samenwerkingsverband uit te brengen over de gewenste aanpassingen aan het LOP.	De uitkomsten uit de bovengenoemde evaluaties worden zowel lokaal als landelijk besproken. Dit kan leiden tot het vasthouden en delen van goede resultaten en tot lokale of landelijke verbeteringen

7 Verdere implementatie

Dit LOP is vanaf januari 2020 ontwikkeld in nauwe samenwerking met veel betrokkenen gelieerd aan alle opleidingsinstituten en landelijke gremia (zie voorwoord). Daarmee is de implementatie op alle opleidingsinstituten en in het samenwerkingsverband al in gang gezet. In dit hoofdstuk staan aandachtspunten voor de verdere implementatie.

Op hoofdlijnen bestaat het vervolg uit implementatieactiviteiten op landelijk niveau en op lokaal niveau (i.e. bij de verschillende opleidingsinstituten). De projectgroep revisie LOP adviseert om ook de verdere stappen zoveel mogelijk in co-creatie uit te werken; co-creatie betekent landelijk en lokaal samen betekenis geven aan de visie in dit LOP en samen uitvinden hoe de vijf uitgangspunten verder geconcretiseerd kunnen worden door alle betrokkenen in de dagelijkse opleiding.

Voor de verdere implementatie zijn in ieder geval de volgende activiteiten voorzien:

- a. Productie van materialen voor communicatie over het LOP (o.a. infographic en samenvattingen voor verschillende doelgroepen);
- b. Ontwikkeling *Landelijk toetsplan*, afgestemd op visie en uitgangspunten van het LOP;
- c. Ontwikkeling Portfolio, afgestemd op visie en uitgangspunten van het LOP;
- d. Afstemming van landelijke en lokale professionalisering van docenten en opleiders op de visie en uitgangspunten van het LOP; revisie *Competentieprofiel Docent* en *Competentieprofiel Opleider*;
- e. Vertaling van het LOP naar de lokale opleidingsplannen van de instituten;
- f. Aanpassen van bestaande kwaliteitsinstrumenten aan de visie en uitgangspunten van het LOP.

Het plannen en uitvoeren van al deze activiteiten zal steeds zo veel mogelijk binnen de governance van Huisartsopleiding Nederland plaatsvinden. Daarnaast zijn er in de eerste periode mogelijk nog taken die een projectmatige aanpak vragen. Bij elke activiteit zal de vraag moeten zijn welk gremium hoofverantwoordelijk is, wie de taak gaat uitvoeren, en of daar de middelen voor aanwezig zijn of dat er additionele middelen nodig zijn.

Inbedding binnen de governance van HN betekent onder andere dat de coördinatoren curriculum, toetsing, kwaliteit, docenten- en opleidersprofessionalisering een belangrijke taak hebben in het lokaal coördineren van de verdere implementatie van het LOP. De

landelijke coördinatorenoverleggen zijn van groot belang ter ondersteuning van deze taak, en om de communicatie over de voortgang van de implementatie van het LOP tussen de opleidingsinstituten en de hoofden te bevorderen.

De verdere implementatie van het LOP wordt in detail beschreven in een implementatieplan.

8 Literatuur

1. Kaderbesluit CGS, C.G.S. (CGS), Editor. 2019.
2. *Besluit huisartsgeneeskunde*. 2019: Utrecht.
3. van der Horst, H., et al., *Toekomst huisartsenzorg: Herijking kernwaarden en kerntaken*. 2019.
4. KNMG - *Gedragscode voor artsen*. 2022, KNMG.
5. Mola, E., et al., *The European Definition of General Practice / Family Medicine*. 2011, EURACT.
6. Saha, S., et al., *Student Body Racial and Ethnic Composition and Diversity-Related Outcomes in US Medical Schools*. JAMA, 2008. **300**(10): p. 1135-1145.
7. Huber, M., et al., *How should we define health?* BMJ, 2011. **343**: p. d4163.
8. de Visser, M., et al., *Kiezen voor houdbare zorg. Mensen, middelen en maatschappelijk draagvlak*. 2021, Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid: Den Haag.
9. van Moppes, N.M., et al., *Implementatieplan. Innovaties voor een inclusief leerklimaat bij de Nederlandse huisartsopleidingen*. 2021, Huisartsopleiding Amsterdam UMC, locatie AMC: Amsterdam.
10. Bohle Carbonell, K., et al., *How experts deal with novel situations: A review of adaptive expertise*. Educational Research Review, 2014. **12**: p. 14-29.
11. Mylopoulos, M., K. Kulasegaram, and N.N. Woods, *Developing the experts we need: Fostering adaptive expertise through education*. J Eval Clin Pract, 2018. **24**(3): p. 674-677.
12. Biesta, G., *Risking Ourselves in Education: Qualification, Socialization, and Subjectification Revisited*. Educational Theory, 2020. **70**(1): p. 89-104.
13. Biesta, G.J.J., *Het prachtige risico van onderwijs*. 2014, www.uitgeverijphronese.nl: Uitgeverij Phronese.
14. Biesta, G.J.J. and M. van Braak, *Beyond the Medical Model: Thinking Differently about Medical Education and Medical Education Research*. Teach Learn Med, 2020. **32**(4): p. 449-456.
15. Osselen, E.v., *Een nieuwe dokter, een nieuwe opleiding*. Huisarts en Wetenschap, 2016. **59**(5): p. 218-221.
16. Ott, M.C., et al., *"The Most Crushing Thing": Understanding Resident Assessment Burden in a Competency-Based Curriculum*. J Grad Med Educ, 2022. **14**(5): p. 583-592.
17. Schut, S., et al., *Where the rubber meets the road - An integrative review of programmatic assessment in health care professions education*. Perspect Med Educ, 2021. **10**(1): p. 6-13.
18. Deci, E.L. and R.M. Ryan, *The "What" and "Why" of Goal Pursuits: Human Needs and the Self-Determination og Behaviour*. Psychological Inquiry, 2000. **11**(4): p. 227-268.
19. Bonnie, L.H.A., et al., *Trainers' and trainees' expectations of entrustable professional activities (EPAs) in a primary care training programme*. Education for Primary Care, 2019. **30**(1): p. 13-21.
20. Thoonen, B.P.A., *How do trainees use EPAs to regulate their learning in the clinical environment? A grounded theory study*. 2020, Maastricht University: Maastricht.
21. Kerka, S., *Constructivism, Workplace Learning, and Vocational Education.*, in *Eric Digest*. 1997, ERIC Clearinghouse on Adult Career and Vocational Education: Columbus OH. p. 1-7.
22. Ormrod, J.E., *Human learning*. Seventh editon. Global edition ed. 2016, Essex: Pearson Education Limited.
23. Bransen, D., et al., *How medical students co-regulate their learning in clinical clerkships: a social network study*. BMC Med Educ, 2022. **22**(1): p. 193.
24. Berkhout, J.J., et al., *How clinical medical students perceive others to influence their self-regulated learning*. Medical Education, 2017. **51**(3): p. 269-279.
25. Harris, R., et al., *The relative contributions of institutional and workplace learning environments: an analysis of apprenticeship training*. Journal of Vocational Education & Training, 2001. **53**(2): p. 263-278.
26. Billett, S., *Workplace participatory practices*. Journal of Workplace Learning, 2004. **16**(6): p. 312-324.
27. Billett, S., *Learning through work: workplace affordances and individual engagement*. Journal of Workplace Learning, 2001. **13**(5): p. 209-214.
28. Haythornthwaite, C. and M. De Laat. *Social networks and learning networks: Using social network perspectives to understand social learning*. 2010. Citeseer.
29. Borgatti, S.P., et al., *Network Analysis in the Social Sciences*. Science, 2009. **323**(5916): p. 892-895.
30. Sagasser, M.H., A.W.M. Kramer, and C.P.M. van der Vleuten, *How do postgraduate GP trainees regulate their learning and what helps and hinders them? A qualitative study*. BMC Medical Education, 2012. **12**: p. 67.
31. Strand, P., et al., *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, 2015. **20**(2): p. 531-57.

32. Teunissen, P.W., et al., *How residents learn: qualitative evidence for the pivotal role of clinical activities*. Medical Education, 2007. **41**(8): p. 763-70.
33. Teunissen, P.W., et al., *Learning in Practice: A Valuation of Context in Time-Variable Medical Training*. Acad Med, 2018. **93**(3S Competency-Based, Time-Variable Education in the Health Professions): p. S22-S26.
34. Timmerman, A.A., et al., *Begeleiden van zelfsturend leren binnen de huisartsopleiding - 2022*. 2022.
35. Wiese, A., C. Kilty, and D. Bennett, *Supervised workplace learning in postgraduate training: a realist synthesis*. Medical Education, 2018. **52**(9): p. 951-969.
36. de Jong, J., et al., *A systematic review of the relationship between patient mix and learning in work-based clinical settings*. A BEME systematic review: BEME Guide No. 24. Med Teach, 2013. **35**(6): p. e1181-96.
37. Looman, N., et al., *Chances for learning intraprofessional collaboration between residents in hospitals*. Med Educ, 2020. **54**(12): p. 1109-1119.
38. Teheux, L., et al., *Intraprofessional workplace learning in postgraduate medical education: a scoping review*. BMC Medical Education, 2021. **21**(1).
39. Janssen, M., et al., *Learning intraprofessional collaboration by participating in a consultation programme: what and how did primary and secondary care trainees learn?* BMC Medical Education, 2017. **17**(1): p. 125.
40. Rietmeijer, C.B.T., et al., *A phenomenological investigation of patients' experiences during direct observation in residency: busting the myth of the fly on the wall*. Adv Health Sci Educ Theory Pract, 2021. **26**(4): p. 1191-1206.
41. Sturman, N.J., et al., *Configurations for obtaining in-consultation assistance from supervisors in general practice training, and patient-related barriers to trainee help-seeking: a survey study*. BMC Med Educ, 2020. **20**(1): p. 369.
42. de Bever, S., et al., *Complaint-driven preferences & trust: patient's views on consulting GP trainees*. Education for Primary Care, 2022. **33**(2): p. 85-91.
43. Rietmeijer, C.B.T., et al., *A phenomenology of direct observation in residency: Is Miller's 'does' level observable?* Med Educ, 2023. **57**(3): p. 272-279.
44. de Jong, J., *Unlimited exposure. The patient mix of GP trainees and their trainers: gaps, disparities, and active steering*. 2012.
45. Di Genova, T., et al., *The Academic Half-Day redesigned: Improving generalism, promoting CanMEDS and developing self-directed learners*. Paediatrics and Child Health, 2015. **20**(1): p. 30-4.
46. Ruijters, M., *Manifest voor de beroepsidentiteit*. 2021, Aeres Hogeschool Wageningen: Wageingen.
47. Eijkelboom, C., et al., *Twelve tips for patient involvement in health professions education*. Patient Educ Couns, 2023. **106**: p. 92-97.
48. Hodgson, V. and D. McConnell, *Networked Learning and Postdigital Education*. Postdigital Science and Education, 2019. **1**(1): p. 43-64.
49. Christensen, C.M. and P.R. Carlile, *Course Research: Using the Case Method to Build and Teach Management Theory*. Academy of Management Learning & Education, 2009. **8**(2): p. 240-251.
50. Biggs, J., *Enhancing teaching through constructive alignment*. Higher Education: The International Journal of Higher Education and Educational Planning, 1996. **32**(3): p. 347-364.
51. Kintu, M.J., C. Zhu, and E. Kagambe, *Blended learning effectiveness: the relationship between student characteristics, design features and outcomes*. International Journal of Educational Technology in Higher Education, 2017. **14**(1).
52. Mirriahi, N., D. Alonzo, and B. Fox, *A blended learning framework for curriculum design and professional development*. Research in Learning Technology, 2015. **23**.
53. de Jong, N., et al., *Blended learning in health education: three case studies*. Perspectives on Medical Education, 2014. **3**(4): p. 278-88.
54. Ball, J. and M. Savin-Baden, *Postdigital Learning for a Changing Higher Education*. Postdigital Science and Education, 2022.
55. Welink, L.S., et al., *Bidirectional learning opportunities: How GP-supervisors and trainees exchange knowledge*. Med Educ, 2021. **55**(12): p. 1407-1418.
56. Welink, L.S., et al., *Learning Conversations with Trainees: An Undervalued but Useful EBM Learning Opportunity for Clinical Supervisors*. Teach Learn Med, 2021. **33**(4): p. 382-389.
57. Wheelan, S.A., *Group size, group development, and group productivity*. Small Group Research, 2009. **40**(2): p. 247.
58. Edmunds, S. and G. Brown, *Effective small group learning: AMEE Guide No. 48*. Medical Teacher, 2010. **32**(9): p. 715-26.
59. Wenger, E., B. Trayner, and M. De Laat, *Promoting and assessing value creation in communities and networks: A conceptual framework*. 2011, Open Universiteit: Heerlen.
60. Ruijters, M., R. Schut, and R. Simons, *Canon van leren en ontwikkelen*. 2021, Deventer: Kluwer.

61. Stalmeijer, R.E. and L. Varpio, *The wolf you feed: Challenging intraprofessional workplace-based education norms*. Med Educ, 2021. **55**(8): p. 894-902.
62. Wenger, E., *Communities of practice: A brief introduction*. 2011.
63. Jaldemark, J., et al. *Lifelong learning and the transformation of higher education: A preliminary framework built on networked learning experts' perceptions*. 2022.
64. Looman, N., et al., *Designing the learning of intraprofessional collaboration among medical residents*. Med Educ, 2022.
65. Sagasser, M.H., et al., *GP supervisors' experience in supporting self-regulated learning: a balancing act*. Advances in Health Sciences Education, 2015. **20**(3): p. 727-44.
66. Sagasser, M.H., et al., *Self-entrustment: how trainees' self-regulated learning supports participation in the workplace*. Advances in Health Sciences Education, 2017. **22**(4): p. 931-949.
67. Rietmeijer, C.B.T., et al., *Patterns of direct observation and their impact during residency: general practice supervisors' views*. Medical Education, 2018.
68. Rietmeijer, C.B.T., et al., *What happens under the flag of direct observation, and how that matters: A qualitative study in general practice residency*. Med Teach, 2021. **43**(8): p. 937-944.
69. de Jonge, L., et al., *Supervisory dyads' communication and alignment regarding the use of workplace-based observations: a qualitative study in general practice residency*. BMC Med Educ, 2022. **22**(1): p. 330.
70. Rietmeijer, C.B.T., *Direct Observation in Postgraduate Education. A misleading concept*. 2022, Vrije Universiteit Amsterdam.
71. de Jonge, L., et al., *Supervisors' intention to observe clinical task performance: an exploratory study using the theory of planned behaviour during postgraduate medical training*. BMC Med Educ, 2020. **20**(1): p. 134.
72. Gibson, S.J., et al., *Clinical educators' skills and qualities in allied health: a systematic review*. Med Educ, 2019. **53**(5): p. 432-442.
73. Miles, A., et al., *Feedback from health professionals in postgraduate medical education: Influence of interprofessional relationship, identity and power*. Med Educ, 2021. **55**(4): p. 518-529.
74. Hattie, J., *The power of feedback*. Review of Educational Research, 2007. **77**(1): p. 81.
75. Oandasan, I. and S. Reeves, *Key elements for interprofessional education. Part 1: the learner, the educator and the learning context*. J Interprof Care, 2005. 19 Suppl 1: p. 21-38.
76. Freytag, J., et al., *Acceptability and feasibility of video-based coaching to enhance clinicians' communication skills with patients*. BMC Med Educ, 2022. **22**(1): p. 85.
77. Wearne, S., et al., *General practitioners as supervisors in postgraduate clinical education: an integrative review*. Medical Education, 2012. **46**(12): p. 1161-73.
78. Telio, S., R. Ajjawi, and G. Regehr, *The "educational alliance" as a framework for reconceptualizing feedback in medical education*. Acad Med, 2015. 90(5): p. 609-14.
79. Ten Cate, T.J., R.A. Kusurkar, and G.C. Williams, *How self-determination theory can assist our understanding of the teaching and learning processes in medical education*. AMEE guide No. 59. Med Teach, 2011. 33(12): p. 961-73.
80. Dudek, N.L., et al., *Feedback to Supervisors: Is Anonymity Really So Important?* Acad Med, 2016. **91**(9): p. 1305-12.
81. ten Thije, K., et al., *Veilig opleiden - Speel open kaart. Actieplan*. 2018, Landelijke Organisatie van Aspirant Huisartsen: Utrecht.
82. Sandars, J. and T.J. Cleary, *Self-regulation theory: applications to medical education: AMEE Guide No. 58*. Medical Teacher, 2011. **33**(11): p. 875-86.
83. Zimmerman, B.J., *Investigating Self-Regulation and Motivation: Historical Background, Methodological Developments, and Future Prospects*. American Educational Research Journal, 2008. **45**(1): p. 166-183.
84. Ricotta, D.N., et al., *Self-Directed Learning in Medical Education: Training for a Lifetime of Discovery*. Teach Learn Med, 2021: p. 1-11.
85. <https://www.huisartsopleiding.nl/toetsen-beoordelen/>
86. Margaryan, A., A. Littlejohn, and C. Milligan, *Self-regulated learning in the workplace: strategies and factors in the attainment of learning goals*. International Journal of Training and Development, 2013. **17**(4): p. 245-259.
87. van der Vleuten, C.P.M., I. Lindemann, and L. Schmidt, *Programmatic assessment: the process, rationale and evidence for modern evaluation approaches in medical education*. The Medical Journal of Australia, 2018. 209(9): p. 386-388.
88. van der Vleuten, C.P.M., et al., *The assessment of professional competence: building blocks for theory development*. Best Practice & Research Clinical Obstetrics and Gynaecology, 2010. **24**(6): p. 703-19.
89. de Jong, L.H., et al., *Programmatic assessment: Can we provide evidence for saturation of information?* Medical Teacher, 2019. **41**(6): p. 678-682.
90. Schuwirth, L.W. and C.P.M. van der Vleuten, *Programmatic assessment and Kane's validity perspective*. Medical Education, 2012. **46**(1): p. 38-48.

91. Tavares, W., et al., *The compatibility principle: on philosophies in the assessment of clinical competence*. Adv Health Sci Educ Theory Pract, 2020. **25**(4): p. 1003-1018.
92. ten Cate, O., *Entrustability of professional activities and competency-based training*. Medical Education, 2005. **39**(12): p. 1176-7.
93. van Loon, K.A., et al., *Formal Versus Informal Judgments: Faculty Experiences With Entrustment in Graduate Medical Education*. J Grad Med Educ, 2018. **10**(5): p. 537-542.
94. Van Melle, E., et al., *Using Contribution Analysis to Evaluate Competency-Based Medical Education Programs: It's All About Rigor in Thinking*. Acad Med, 2017. **92**(6): p. 752-758.
95. de Jong, L.H., et al., *Shaping the right conditions in programmatic assessment: how quality of narrative information affects the quality of high-stakes decision-making*. BMC Med Educ, 2022. **22**(1): p. 409.
96. Barnhoorn, P.C., et al., *Unprofessional behaviour of GP residents and its remediation: a qualitative study among supervisors and faculty*. BMC Fam Pract, 2021. **22**(1): p. 249.
97. Mak-van der Vossen, M., et al., *How to identify, address and report students' unprofessional behaviour in medical school*. Med Teach, 2020. **42**(4): p. 372-379.
98. Daly, M., G. Lucas, and T.J. Wilkinson, *Learning, judgement and workforce tensions impact failure to fail in a medical postgraduate setting: A supervisor perspective*. Med Teach, 2022. **44**(10): p. 1092-1099.
99. Berkhout, J.J., et al., *Context matters when striving to promote active and lifelong learning in medical education*. Med Educ, 2018. **52**(1): p. 34-44.
100. Duijn, S., et al., *Reaching consensus on GP interprofessional competencies: a nominal group study*. BJGP Open, 2022.
101. Korthagen, F., *Inconvenient truths about teacher learning: towards professional development 3.0*. Teachers and Teaching, 2016: p. 1-19.
102. Pancucci, P., *Train the Trainer: The Bricks in the Learning Community Scaffold of Professional Development*. International Journal of Social, Behavioral, Educational, Economic, Business and Industrial Engineering, 2007. **1**(11): p. 8.
103. Bouchamma, Y. and C. Michaud, *Professional development of supervisors through professional learning communities*. International Journal of Leadership in Education, 2013. **17**(1): p. 62-82.
104. Woudstra, L., et al., *De werkplek als leerplek: principes voor het ontwerp van een krachtige leer-werkomgeving*. Tijdschrift voor HRM, 2021. **24**(4): p. 77-102.
105. Van Tartwijk, J. and E.W. Driessen, *Portfolios for assessment and learning: AMEE Guide no. 45*. Medical Teacher, 2009. **31**(9): p. 790-801.
106. *Kwaliteitskader cluster 1*, C.G.S. (CGS), Editor. 2019.
107. Jordens, J.Z. and N. Zepke, *Towards rethinking research on quality in higher education*. Research and Development in Higher Education: Higher Education in A Globalized World, 2015. **37**.
108. Harvey, L. and B. Stensaker, *Quality Culture: understandings, boundaries and linkages*. European Journal of Education, 2008. **43**(4): p. 427-442.
109. Kleijnen, J., et al., *Effective quality management requires a systematic approach and a flexible organisational culture: a qualitative study among academic staff*. Quality in Higher Education, 2014. **20**(1): p. 103-126.
110. Dolmans, D.H.J.M., H.A.P. Wolfhagen, and A.J.J.A. Scherpbier, *From Quality Assurance to Total Quality Management: How Can Quality Assurance Result in Continuous Improvement in Health Professions Education*. Education for Health, 2003. **16**(2): p. 210-217.
111. Olmos-Vega, F., et al., *Understanding how residents' preferences for supervisory methods change throughout residency training: a mixed-methods study*. BMC Medical Education, 2015. **15**: p. 177.
112. Brand, P.L.P. and F. Scheele, *Feedback in de medische opleiding. Scheid het begeleiden van het beoordelen*. Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde, 2022. 166.
113. Brand, P.L.P., A.D.C. Jaarsma, and C.P.M. van der Vleuten, *Driving lesson or driving test?: A metaphor to help faculty separate feedback from assessment*. Perspect Med Educ, 2021. **10**(1): p. 50-56.
114. Frank, JR, Snell L and Sherbino J eds. *The CanMEDS 2015 Physician Competency Framework*. Ottawa: Royal College of Physicians and Surgeons of Canada; 2015. Adopted and adapted with permission. [Beschikbaar via: <https://www.royalcollege.ca/rcsite/canmeds/canmeds-framework-e>].



www.huisartsopleiding.nl

HUISARTSOPLEIDING
NEDERLAND