

Landelijk opleidingsplan

Voor de opleiding tot huisarts

Colofon

Ingangsdatum: 1 januari 2017

Goedkeuring door CGS: 19 november 2016

Opdrachtgever: Huisartsopleiding Nederland

Postadres: Postbus 20072 3502 LB Utrecht

Contact: 030 28 23 460 · secretariaat@huisartsopleiding.nl

Website: www.huisartsopleiding.nl

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

Drs. Kees van der Post, huisarts, Landelijk coördinator onderwijs

Dr. Marcel Reinders, huisarts, Landelijk coördinator toetsing

Drs. Paul van de Vijver, huisarts

Dr. Mirjam Nijveldt, onderwijskundige

Tekst: Huisartsopleiding Nederland

Tekstredactie: Eveline Bets tekst & publiciteit

Ontwerp en opmaak: Inpetto-ontwerp

© Huisartsopleiding Nederland, februari 2016

Inhoud

Voorwoord	4
Leeswijzer	6
1. Van kaderbesluit tot individueel opleidingsplan	8
2. Doel van de opleiding	11
3. Uitgangspunten voor de opleiding	13
4. Structuur van de opleiding	19
5. Protocol Toetsing en Beoordeling	22
6. Naar een implementatieplan	28

Bijlagen

Bijlage 1 Begrippenlijst	32
Bijlage 2 Samenstelling expertgroepen en werkgroepen	36
Bijlage 3 Competentieprofiel van de huisarts	37
Bijlage 4 Overzicht Thema's en Kenmerkende Beroepsactiviteiten	47
Bijlage 5 Uitwerking 10 Opleidingsthema's en KBA's	49

Voorwoord

De huisartsgeneeskunde berust op drie kernwaarden: generalistische, persoonsgerichte en continue zorg. Die waarden zijn blijvend, maar de context waarin ze in praktijk worden gebracht verandert. Diversiteit, vergrijzing en daarmee de veranderende zorgvraag van de populatie vragen van de huisarts een voortdurende aanpassing en afstemming van het zorgaanbod. In de Toekomstvisie¹ beschrijft de beroepsgroep hoe de huisartsenzorg wil aansluiten bij deze ontwikkelingen.

Referentiekader

Voor een toekomstgerichte en –bestendige uitvoering van de huisartsenzorg zijn huisartsen nodig die voldoen aan het herziene Competentieprofiel van de Huisarts². Dit Competentieprofiel is het referentiekader voor het nieuwe Landelijk Opleidingsplan voor de opleiding tot specialist huisartsgeneeskunde (hierna: opleiding tot huisarts). Het Landelijk Opleidingsplan vervangt het Raamcurriculum (2005).

Leren in de praktijk

Wat staat er in het Landelijk Opleidingsplan? Een korte samenvatting:

De huisarts in opleiding **leert vooral in de praktijk**. Dat leren, en dus ook de opleiding, is en blijft onveranderd competentiegericht. Nieuw is dat de aios zich de competenties eigen maakt aan de hand van **opleidingsthema's** en bijbehorende **kenmerkende beroepsactiviteiten** (KBA's). Op deze manier kan de aios zich ontwikkelen in de breedte van het vak. De thema's en KBA's behoren, meer dan competenties, tot de 'taal van de praktijk'. Ze zijn concreet en herkenbaar. Ze maken het eenvoudiger te benoemen wat de aios kan en moet leren in de opleidingspraktijk. De nadruk ligt op de eigen verantwoordelijkheid en zelfsturing van de aios. Die maakt optimaal gebruik van de opleidingsmogelijkheden en volgt, binnen de kaders van het Landelijke Opleidingsplan, zijn of haar eigen, Individuele Opleidingsplan.

Onderwijs

Het opleidingsinstituut ondersteunt het leren in de praktijk met een curriculum dat de aios helpt zich de competenties van de huisarts eigen te maken binnen alle thema's. Het curriculum is voor zover mogelijk afgestemd op de ontwikkeling en leerbehoeften van de individuele aios. De inzet van didactisch en inhoudelijk bekwame docenten en opleiders draagt bij aan de competentieontwikkeling van de aios. Door regelmatig de thema's en KBA's te actualiseren, sluit het onderwijs aan bij nieuwe wetenschappelijke en maatschappelijke ontwikkelingen. We verwachten dat het werken met thema's en KBA's een nieuwe impuls geeft aan de samenwerking tussen aios, opleider en het opleidingsinstituut.

Ambitie

Kortom, met het nieuwe Landelijke Opleidingsplan geven we invulling aan onze ambitie om vakkundige, wetenschappelijk onderlegde, communicatief vaardige en kritische huisartsen op te leiden. Huisartsen die de spil zijn in de eerstelijnszorg, die in samenwerking met andere zorgverleners de beste zorg bieden en die zich blijvend inzetten voor vernieuwing, en verbetering van deze zorg. Als huisarts ben je nooit uitgeleerd!

¹ Toekomstvisie Huisartsenzorg 2022 'Modernisering naar menselijke maat', Landelijke Huisartsen Vereniging en het Nederlands Huisartsen Genootschap in samenwerking met het Interfacultair Overleg Huisartsgeneeskunde, 2012.

² Competentieprofiel van de huisarts, LHV/NHG/Huisartsopleiding Nederland, 2016

Dank

Tot slot: het Landelijk Opleidingsplan voor de opleiding tot huisarts is het resultaat van het project Actualisering Landelijk Opleidingsplan. Veel mensen hebben een bijdrage geleverd, onder wie de leden van de expertgroepen voor de thema's en de KBA's en de deelnemers aan de werkconferenties Landelijk Opleidingsplan (stafleden, opleiders en aios). Graag willen wij hen, en alle anderen die hebben meegewerkt, hartelijk bedanken voor hun inzet, ideeën en bijdragen aan het Landelijk Opleidingsplan.

Namens de Hoofden Huisartsopleiding

Dr. Nettie Blankenstein, VU medisch centrum

Drs. Lidwien Bernsen, Radboud UMC

Dr. Jettie Bont, AMC Dr. Herman Bueving, Erasmus MC

Prof. dr. Roger Damoiseaux, UMC Utrecht

Drs. Josca Fokkema, UMC Groningen

Prof. dr. Anneke Kramer, UMC Leiden

Prof. dr. Jean Muris, UMC Maastricht

Joop Blaauw

Voorzitter bestuur Huisartsopleiding Nederland

Leeswijzer

Dit Landelijk Opleidingsplan is gebaseerd op regelgeving van het College Geneeskundige Specialismen (CGS). De afspraken in het Landelijk Opleidingsplan over de inhoud en structuur van de opleiding en de wijze van toetsing en beoordeling worden vastgesteld door het CGS.

1. Van kaderbesluit tot individueel opleidingsplan

Dit Landelijk Opleidingsplan schetst de hoofdlijnen van de driejarige opleiding tot huisarts. Deze opleiding is gebaseerd op de regelgeving van het College Geneeskundige Specialismen (CGS). In dit hoofdstuk leest u welke documenten hiermee gemoeid zijn en hoe ze onderling samenhangen.

Kaderbesluit

Het College voor Huisartsgeneeskunde, Verpleeghuisgeneeskunde en Medische zorg voor verstandelijk gehandicapten (de rechtsvoorganger van het CGS) heeft een Kaderbesluit³ vastgesteld voor deze opleidingen. In het Kaderbesluit staan de algemene kaders voor de opleidingen tot huisarts, specialist ouderengeneeskunde en arts voor verstandelijk gehandicapten. De specifieke bepalingen voor de opleiding tot huisarts zijn vastgelegd in het Besluit Huisartsgeneeskunde⁴.

Landelijk opleidingsplan

Het Kaderbesluit schrijft voor dat de hoofden van de opleidingsinstituten gezamenlijk een landelijk opleidingsplan ontwikkelen voor de opleiding tot huisarts. Dit opleidingsplan bepaalt de kaders voor de inrichting en de uitvoering van de opleiding. Het Landelijk Opleidingsplan beschrijft inhoud en structuur van de opleiding en de specialismegebonden competenties. Het Protocol Toetsing en Beoordeling maakt deel uit van het Opleidingsplan. Het Landelijk Opleidingsplan moet formeel goedgekeurd worden door het CGS.

Lokaal opleidingsplan

Naast het landelijk opleidingsplan is er een opleidingsplan per opleidingsinstituut. Dit lokale opleidingsplan beschrijft de geplande opleidingsactiviteiten in de praktijk (opleidingspraktijken en stages) en in het onderwijs. Het opleidingsplan is het kader voor de individuele opleidingsplannen, de opleidingsschema's en de leerwerkplannen.

Individueel opleidingsschema en individueel opleidingsplan

In het individueel opleidingsschema (IOS) staat een overzicht van begin- en einddatum, de volgorde en de locaties van de opleiding van de aios. Het IOS moet passen binnen de kaders van het opleidingsplan van het instituut. Het hoofd stelt het IOS vast. Het individuele opleidingsplan (IOP) is gekoppeld aan het IOS. Het is een uitwerking van het lokale opleidingsplan op individueel niveau en geeft aan hoe de aios zich de competenties van de huisarts eigen maakt. Bij het opstellen van het IOP moet de aios enerzijds binnen de kaders blijven van het lokale opleidingsplan. Anderzijds dient de aios rekening te houden met de mogelijkheden en beperkingen van de opleidingspraktijk of stage. Binnen deze grenzen kan de aios een plan opstellen dat tegemoet komt aan zijn of haar leerwensen en belangstelling voor bepaalde onderdelen van het vak.

³ www.knmg.nl/cgs

⁴ www.knmg.nl/cgs

Van opleidingseisen naar individueel opleidingsplan

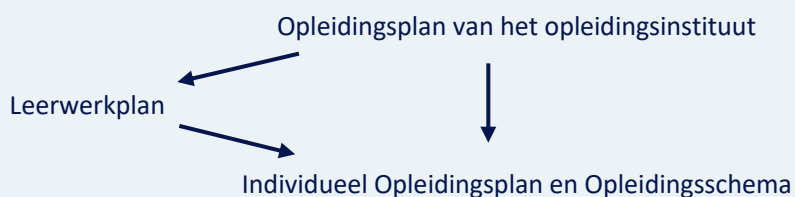


Individualisering opleiding op basis van eerder verworven competenties⁵

Als de aios bij het begin van de opleiding kan aantonen dat hij of zij bepaalde competenties voldoende beheerst, kan het hoofd besluiten de opleidingsduur te verkorten⁶. Deze aanpassing wordt voorwaardelijk verwerkt in het IOS en IOP. In de maanden daarna worden de belangrijkste leerdoelen van de aios nader in kaart gebracht. Op basis van deze leerdoelen kan de aios, samen met de docent en de opleider, het IOP en IOS tussentijds aanpassen. IOP en IOS worden pas daarna definitief.

Leerwerkplan

In het leerwerkplan staat hoe de opleiding vorm en inhoud krijgt in de opleidingspraktijk of stage-inrichting. De opleider stelt het leerwerkplan op, waarbij hij of zij per opleidingsthema de mogelijkheden beschrijft van de opleidingspraktijk of stage, inclusief de mogelijkheden in het netwerk van de praktijk. Het leerwerkplan dient als kader voor het Individueel Opleidingsplan van de aios. Het hoofd stelt het leerwerkplan vast.



Flexibel

De opleidingsplannen bieden flexibiliteit. In het Landelijk Opleidingsplan en de opleidingsplannen van de instituten wordt niet méér vastgelegd dan nodig is om garanties te geven voor een adequate opleiding. Het IOP en het leerwerkplan bieden ruimte om de de opleiding in de praktijk te regelen, en hierbij enerzijds de mogelijkheden van de opleidingspraktijk of stage optimaal te benutten, en anderzijds zo goed mogelijk te voldoen aan de leerbehoeftes van de aios.

⁵ Zie ook H 5 Protocol Toetsing en Beoordeling, alinea Verkorte opleidingsduur

⁶ Individualisering opleidingsduur, www.knmg.nl.

2. Doel van de opleiding

Competentieprofiel van de huisarts

De huisartsopleiding leidt op tot huisartsen die voldoen aan het Competentieprofiel van de huisarts. Oftewel: huisartsen die hun vak uitoefenen volgens de Kernwaarden Huisartsgeneeskunde⁷ en een bijdrage leveren aan de kwaliteit daarvan. Het Competentieprofiel van de huisarts is ingedeeld volgens zeven competentiegebieden⁸. Ontwikkelingen in de huisartsgeneeskunde, die gevolgen hebben voor de rol van de huisarts, zijn door de beroepsgroep uitgewerkt in een Toekomstvisie Huisartsenzorg. Ze zijn richtinggevend voor het Competentieprofiel.

De zeven competentiegebieden van de huisarts

1. Medisch handelen
2. Communicatie
3. Samenwerken
4. Organiseren
5. Maatschappelijk handelen
6. Kennis en wetenschap
7. Professionaliteit.

Opleidingsthema's en kenmerkende beroepsactiviteiten

Tijdens de opleiding verwerft de aios de competenties van de huisarts aan de hand van tien opleidingsthema's. Deze thema's zijn representatief voor het beroep huisarts.

Tien opleidingsthema's

1. Korte-episodezorg
2. Spoedeisende zorg
3. Chronische zorg
4. Zorg voor ouderen met complexe problematiek
5. Zorg voor het kind
6. Zorg voor patiënten met psychische klachten en aandoeningen
7. Zorg voor patiënten met SOLK (Somatisch Onvoldoende verklaarde Lichamelijke Klachten)
8. Palliatieve en terminale zorg
9. Preventie
10. Praktijkmanagement.

Kenmerkende beroepsactiviteit

Per thema is beschreven welke kenmerkende beroepsactiviteiten (KBA's) daarbij horen⁹. Deze KBA's komen tijdens de opleiding aan de orde. Een kenmerkende beroepsactiviteit is een 'observeerbare activiteit die exemplarisch is voor het huisartsgeneeskundig handelen'. Een KBA vereist geïntegreerde toepassing van

⁷ NHG, 2011.

⁸ Volgens het CanMeds-model: Canadian Medical Education Directives for Specialists; zie Bijlage 3.

⁹ Zie Bijlage 4 en 5.

meerdere competenties uit verschillende competentiegebieden. Bijvoorbeeld: medisch handelen, communicatie en samenwerken. Een KBA kan aan een aios worden toevertrouwd op het moment dat de aios de competenties heeft verworven om de activiteit zelfstandig uit te voeren. Het zelfstandig uitvoeren van KBA's draagt bij aan de competentieontwikkeling van de aios¹⁰.

Voorbeelden van KBA's per thema

Voorbeelden van KBA's per thema zijn:

- **Korte-episodezorg:** de aios verheldert de hulpvraag, neemt de anamnese af en voert onderzoek uit.
- **Spoedeisende zorg:** de aios stelt het toestandsbeeld vast van een patiënt met acute ziektebeelden en voert daarbij de noodzakelijke handelingen uit.
- **Chronische zorg:** de aios begeleidt en evalueert de zorg die de assistent en POH verlenen.
- **Zorg voor ouderen met complexe problematiek:** de aios stelt in samenspraak met de patiënt een behandelplan vast.
- **Zorg voor het kind:** de aios signaleert problematische thuissituaties en begeleidt het gezin.
- **Zorg voor patiënten met psychische klachten en aandoeningen:** de aios motiveert een patiënt met (een verhoogd risico voor) verslavingsgedrag voor passende zorg.
- **Zorg voor patiënten met SOLK:** de aios stelt de werkhypothese SOLK, geeft uitleg en behandelt stapsgewijs.
- **Palliatieve en terminale zorg:** de aios voert een gesprek over het naderend levenseinde.
- **Preventie:** de aios brengt een erfelijke ziekte in de familie van een patiënt in kaart en bespreekt of screening of diagnostiek aan de orde is.
- **Praktijkmanagement:** de aios superviseert individuele praktijkmedewerkers bij het uitvoeren van voorbehouden handelingen.

Samenhang competenties en KBA's

Voor het succesvol uitvoeren van een KBA moet de aios verschillende competenties uit meerdere competentiegebieden beheersen. De competenties zijn gekoppeld aan de KBA's (en daarmee ook aan de opleidingsthema's, waar de KBA's onderdeel van zijn). Immers, elke situatie is anders en stelt andere eisen aan kennis, houding of vaardigheden – oftewel de competentie die hierbij hoort. Bijvoorbeeld 'communicatie': een spoedeisende situatie stelt andere eisen aan de communicatie van de aios dan een consult waarin de aios gezondheidsrisico's bespreekbaar wil maken. Een aios is competent als hij of zij de competenties in verschillende contexten flexibel kan inzetten.

¹⁰ Cate, T.J. ten, Chen, H.C., Hoff, R.G. Peters, H., Bok, H. & Van der Schaaf, M. (2015). Curriculum Development for the workplace using Entrustable Professional Activities: AMEE guide No.99. *Medical Teacher*.

3. Uitgangspunten voor de opleiding

De driejarige huisartsopleiding is een competentiegerichte medische vervolgopleiding. De opleiding biedt de aios de gelegenheid alle benodigde competenties te verwerven. De aios leert vooral in de praktijk: daarmee bedoelen we de opleidingspraktijk en de stages. Het cursorisch onderwijs is ondersteunend en aanvullend op de praktijk.

De aios maakt zich de competenties van de huisarts eigen aan de hand van de opleidingsthema's. De aios leert door het opdoen van werkervaring, door kritisch te reflecteren op eigen kennis en handelen en door systematische feedback van opleiders en docenten. Leren betekent dat de aios zich bewust wordt van wat hij of zij nog niet weet of kan, bijvoorbeeld bepaalde competenties, kennis of vaardigheden. Opleiders en docenten ondersteunen de aios bij het leren. Aios, opleiders en docenten werken nauw samen en stemmen leerdoelen en -activiteiten af.

De vijf uitgangspunten van de huisartsopleiding

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

Uitwerking uitgangspunten

In de volgende alinea's worden de vijf uitgangspunten uitgewerkt. Deze uitwerking is gebaseerd op recente inzichten in opleiden. De noten ^(x) verwijzen naar de literatuurlijst op pagina <18>.

1. De aios leert vooral in de praktijk

Huisartsen in opleiding leren vooral door te werken in de praktijk. De aios komt vragen tegen die beantwoord moeten worden, zoekt ontbrekende informatie en theorie op, vraagt advies en feedback aan collega's en volgt hun goede voorbeeld. Dat gaat voor een deel vanzelf. Toch is het belangrijk systematiek aan te brengen in het leren. Dat kan door expliciet te maken wat de aios al beheerst en wat nog niet, en door te benoemen wat de aios nog moet leren, zodat de aios er vervolgens actief voor kan zorgen dat hij of zij dit daadwerkelijk leert. Die systematiek is nodig voor een optimale, veelzijdige ontwikkeling van de aios. ^{(1) (2) (3) (4)} De aios zelf, de opleiders en de docenten zien erop toe dat de aios ervaring opdoet in de volle breedte van het vak, waarbij alle tien opleidingsthema's aan bod komen. De aios wordt daarbij steeds zelfstandiger en krijgt de verantwoordelijkheid voor steeds complexere problematiek. Het is belangrijk dat zowel de aios als de opleiders de leermogelijkheden herkennen en actief op zoek gaan naar leerzame ervaringen. Dat kan bijvoorbeeld door duidelijke leerdoelen te formuleren, bewust te oefenen, te laten observeren, feedback te vragen aan opleider, docenten, collega's en patiënten, te reflecteren en de kennis of vaardigheden opnieuw toe te passen. ^{(5) (6) (7)}

Hoe bereiken we dit?

Leren in de praktijk bereiken we op verschillende manieren:

1. Door opleidings- en leerdoelen te beschrijven in termen van huisartsenzorg. Door het benoemen van belangrijke activiteiten en competenties van de huisarts, zodat de aios zich deze eigen kan maken en daardoor in staat is goede huisartsenzorg te leveren. Doelen stellen, vergroot zowel de kans als de motivatie om de doelen te bereiken.⁽²⁾
 - Het opleidingsinstituut zorgt ervoor dat de opleidingsdoelen per opleidings- en stageperiode duidelijk zijn voor aios, opleiders en docenten.
 - De aios formuleert leerdoelen in een Individueel Opleidingsplan (IOP). Hierbij legt hij of zij de verbinding met de opleidingsdoelen (beheersen van competenties en KBA's). Docenten en opleiders ondersteunen en bewaken dit.
 - (Stage)opleiders beschrijven in het leerwerkplan per thema wat de aios kan leren in de praktijk, het netwerk van de praktijk of tijdens de stage.
2. Door te stimuleren dat de aios ervaring opdoet in de breedte van het vak. De aios, de opleider en docenten zien erop toe dat de aios zich ontwikkelt in zoveel mogelijk verschillende situaties, met als leidraad de opleidingsthema's. Aan de hand van de thema's en KBA's gaan opleider en docenten na of de aios inderdaad die brede ervaring opdoet, passend bij de fase van de opleiding.
Zij organiseren dat de aios ervaring op kan doen met leerzame, uitdagende activiteiten. Bijvoorbeeld door patiëntenstromen te sturen of door de aios te koppelen aan personen die expertise hebben in bepaalde thema's of KBA's, zoals collega-huisartsen, POH's of andere bij de praktijk of stage betrokken medewerkers.
3. Door kritische reflectie van de aios op eigen kennis en handelen te faciliteren. De opleider stimuleert reflectie door vragen te stellen in de leergesprekken en door feedback te geven op grond van observaties.^{(8) (9)} De opleider geeft 'feedforward' door samen met de aios te benoemen wat hij of zij de volgende keer van de aios verwacht (in gedrag en niveau van functioneren) en hoe de aios dit kan bereiken.^{(6) (10)} De aios vraagt actief feedback op het eigen handelen en plant leergesprekken in, gekoppeld aan leervragen. Door ditzelfde te doen tijdens het cursorisch onderwijs, krijgt de aios ondersteuning en feedback van docenten en mede-aios (zie ook uitgangspunt 2).

2. Onderwijs op het opleidingsinstituut ondersteunt leren in de praktijk

Het onderwijs op het opleidingsinstituut is bedoeld om het leren in de praktijk te ondersteunen. In het onderwijs gaat het om verwerven van en oefenen met de competenties en KBA's uit de opleidingsthema's. Andere onderwijsdoelen zijn het stimuleren van reflectie, en het leren aansturen van de eigen competentieontwikkeling.^{(7) (11)} Het programma biedt voldoende flexibiliteit om te kunnen inspelen op individuele leerdoelen van de aios (zie ook uitgangspunt 4).

Hoe bereiken we dit?

1. Door duidelijke doelen of criteria voor onderwijs te stellen, zoals:
 - verbinding leggen tussen praktijkervaring en theorie;
 - goede voorbeelden (positieve rolmodellen) laten zien van KBA's en competenties (bijvoorbeeld door video's en rollenspelen);
 - vaardigheidstraining. Het instituut biedt de mogelijkheid om, onder begeleiding van een expert, te oefenen in vaardigheden die in de praktijk te weinig voorkomen om ervan te leren, of als oefenen in

een praktijksimulatie gewenst is vanwege de patiëntveiligheid. Na de oefening krijgt de aios concrete en persoonlijke feedback die direct toepasbaar is in een nieuwe (oefen) situatie.

2. Door expliciet aandacht te besteden aan reflectie op het eigen handelen, het aansturen van het eigen leerproces en de competentieontwikkeling van de aios. Door onderwijs ontdekt de aios in welke thema's, KBA's of competenties hij of zij nog onvoldoende bekwaam is. Met andere woorden: de aios gaat van 'onbewust onbekwaam' naar 'bewust onbekwaam'. Dit motiveert tot leren op de werkplek en zelfstudie. De aios leert zelf te bepalen en te verwoorden wat 'wenselijk' is in een specifieke situatie. Ook leert de aios zichzelf te evalueren (zie ook uitgangspunt 3). ^{(8) (12)}
3. Door leren in groepen. De opleiding zorgt ervoor dat aios optimaal profiteren van leren in de groep. Bijvoorbeeld door aan te moedigen dat aios onderling ervaringen en kennis uitwisselen en kritische vragen stellen. Of door complexe (praktijk)opdrachten te geven, die samenwerking vereisen. ⁽¹³⁾ In het onderwijs is zowel aandacht voor individueel leren als voor leren van en aan collega's zoals mede-aios, collega's in de opleidings- of stagepraktijk en collega's hierbuiten.
4. Door goed onderbouwde besluiten te nemen over de inhoud van het onderwijs op het instituut. De opleiding stemt zorgvuldig met aios en opleiders af wat, waar en hoe de aios leert (in de opleidingspraktijk, cursorisch onderwijs, stage, opdrachten, zelfstudie). Als iets niet geleerd kan worden in de opleidingspraktijk, is het de verantwoordelijkheid van aios en opleider dit alsnog te organiseren. Het instituut faciliteert en ondersteunt hen hierbij en kan, als tweede stap, ondersteunend onderwijs bieden aan aios of aan aios en opleiders. Het kan bijvoorbeeld gaan om nieuwe huisartsgeneeskundige of maatschappelijke ontwikkelingen, situaties of vragen die te weinig voorkomen in de opleidingspraktijk om ermee te kunnen oefenen, of om complexe problematiek die niet te leren is op basis van enkele casus.
5. Door te zorgen dat de aios samenhang ervaart in de opleiding. Aios, opleiders en docenten stemmen met elkaar af wat wanneer en waar aan de orde komt. Op deze manier komt er samenhang tussen leren in de praktijk en cursorisch onderwijs, tussen afzonderlijke onderwijsprogramma's en modules, tussen opleidingsjaren onderling, tussen de opleidingsperiodes (in de huisartspraktijk en stages); en tussen het landelijk onderwijs en landelijke opleidingsactiviteiten. De aios legt dit vast in zijn of haar IOS en IOP.

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

De opleiding stimuleert de aios om verantwoordelijkheid te nemen voor zijn of haar eigen leren en competentieontwikkeling. Frequentie feedback, toetsing en beoordeling zijn hierbij essentieel. Toetsing betekent zowel feedback voor de aios op zijn of haar competentieniveau ('Waar sta ik nu?') als 'feedforward' voor de vraag 'Welke stappen moet ik nog nemen om verder te komen?'. Op deze manier draagt toetsing bij aan het leren reflecteren en zelfevaluatie, ook na de opleiding. ^{(6) (12) (8)}

Definitie toetsen en beoordelen

Toetsen is het verzamelen van informatie over het leren en de competentieontwikkeling van de aios, met als doel het leren van de aios te kunnen (bij)sturen en plannen, de aios goed te kunnen begeleiden en op vaste momenten zijn of haar voortgang onderbouwd te kunnen beoordelen.

Beoordelen is aan de hand van de verzamelde informatie bepalen of de aios voldoende voortgang heeft geboekt en/of voldoet aan de gestelde normen.

Hoe bereiken we dit?

1. De ontwikkeling van de aios wordt tijdens de opleiding continu getoetst, volgens de principes van programmatisch toetsen. ⁽¹⁴⁾ ⁽¹⁵⁾ Verschillende beoordelaars (opleiders, stageopleiders en docenten) en de aios zelf verzamelen informatie over de ontwikkeling van de aios. Dat gebeurt zowel in de praktijk en de stage als tijdens het onderwijs op het instituut, op meerdere momenten en in verschillende contexten. Vormen van toetsing zijn onder andere observaties en leergesprekken, simulaties tijdens het onderwijs en een schriftelijke kennistoets.
2. Toetsing en feedback zijn gericht op de competentieontwikkeling van de aios. Leidraad hierbij zijn de vragen: wat wordt er van je verwacht ('feedup'), waar sta je nu ('feedback') en welke stappen moet je nog nemen om verder te komen ('feedforward')?
3. Als leidraad voor het leren in de praktijk gebruiken aios en opleiders het overzicht van opleidingsthema's en KBA's. Bijvoorbeeld aan de hand van de vragen: welke KBA's beheerst de aios al en welke nog niet? Welke KBA's zijn relevant om te laten observeren en feedback op te vragen? De aios en de opleider zijn samen verantwoordelijk voor het in stand houden van dit proces. ⁽¹⁶⁾ Toetsen en feedback geven vormen een stimulans voor de ontwikkeling van de aios op alle zeven competentiegebieden.
4. Tijdens de opleiding zijn er vaste momenten voor beoordeling van de voortgang van de aios: minimaal drie voortgangsgesprekken per jaar. De focus bij de voortgangs- en beoordelingsgesprekken ligt op de competentieontwikkeling van aios (zie verder H 5 Protocol Toetsing en Beoordeling). De opleider en docent gaan na of, en zo ja, in welke mate, de aios bepaalde competenties beheerst. Zij gebruiken de thema's en KBA's als hulpmiddel. Het gaat erom dat de aios zich ontwikkelt in de breedte van het vak. De hoofdvraag is: heeft de aios de competenties voldoende ontwikkeld binnen alle tien opleidingsthema's?
5. Het portfolio geeft structuur aan het leren, het helpt de aios om te reflecteren op de eigen ontwikkeling en het is een hulpmiddel voor opleider en docent om de aios hierbij te volgen en te begeleiden. In het portfolio verzamelt de aios feedback, toetsresultaten en beoordelingen en verbindt deze aan individuele leerdoelen en het IOP.

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

De opleiding sluit voor zover mogelijk aan op de ontwikkeling en de leerbehoeften van de aios. Zowel in de opleidingspraktijk en stages als in het onderwijs op het instituut is er ruimte voor keuzes op basis van individuele leervragen, voorkeuren, talenten en ambities van de aios.

Hoe bereiken we dit?

1. Flexibiliteit: in het reguliere onderwijs gaan docenten in op individuele leervragen van de aios. Er is een kerncurriculum, met vaste programmaonderdelen die in ieder geval aan de orde komen. Docenten besteden aandacht aan andere onderwerpen of doelen als ze inschatten dat dat nodig is (op basis van het niveau en de behoeften van de aiosgroep). Daarnaast is binnen de groep differentiatie mogelijk, zowel qua inhoud als qua onderwijsvorm.
2. Door keuzeonderwijs en differentiatie. Het instituut biedt keuzeonderwijs en de mogelijkheid tot een 'differentiatie' op het eigen of een ander instituut. De differentiaties zijn bedoeld voor aios met extra

ambities en zijn gekoppeld aan de kaderopleidingen. De inhoud gaat verder dan de KBA's. Het instituut zorgt ervoor dat deze programma's goed zijn afgestemd op het reguliere aanbod in de huisartsopleiding.

3. Door keuze van opleidingspraktijken en stages. Het instituut stemt de plaatsing van de aios in opleidingspraktijk en stages zoveel mogelijk af op zijn of haar leerbehoeften. Het leerwerkplan van de opleidingspraktijk en stage is hierbij een hulpmiddel. In dit plan staan de leermogelijkheden die de praktijk biedt voor de tien opleidingsthema's.
4. Door leren in de praktijk. Het gaat er vooral om dat de aios ervaring opdoet met uitdagende, leerzame activiteiten, dat hij of zij hier doelbewust mee oefent en er feedback op vraagt. De opleider, docent(en) en de aios zelf organiseren dit. De aios werkt zijn of haar persoonlijke leerdoelen uit in het individueel opleidingsplan dat onderdeel is van het portfolio.
5. Door vrijstellingen mogelijk te maken. Op basis van eerder verworven competenties kan de aios vrijstellingen aanvragen voor bepaalde onderdelen van de opleiding (zie ook 'individualisering opleidingsduur' op pagina <22>).

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

Aios opleiden tot competente huisartsen vereist opleiders en docenten die zowel inhoudelijk als didactisch bekwaam zijn. Bij nieuwe ontwikkelingen in de huisartsgeneeskunde en in de opleiding gaat het opleidingsinstituut na welke consequenties deze ontwikkelingen hebben voor de rol en de benodigde expertise van opleiders en docenten.

Hoe bereiken we dit?

1. Het opleidingsinstituut stimuleert dat opleiders en docenten voldoen aan respectievelijk het Competentieprofiel van de huisartsopleider¹¹ en het Competentieprofiel van de docent¹². Opleiders en docenten volgen zowel didactische als inhoudelijke scholing, passend bij hun ontwikkelingsfase. De scholing spitst zich toe op de verschillende rollen die opleiders en docenten hebben en de activiteiten die hierbij horen, zoals bijvoorbeeld toetsen en beoordelen¹³.
2. Het opleidingsinstituut vertaalt het curriculum naar de eisen die dit stelt aan opleiders, stageopleiders en docenten en helpt hen zo nodig aan deze eisen te voldoen. Het instituut schakelt zo nodig externe docenten voor een bepaald expertisegebied, zoals kaderhuisartsen.
3. Bij nieuwe ontwikkelingen in de huisartsgeneeskunde kan het leren van aios samengaan met dat van opleiders en docenten, door deze beide vormen gecombineerd te organiseren. Opleiders en docenten kunnen besluiten om samen met hun aios extra aandacht te besteden aan specifieke opleidingsthema's en KBA's die ook voor ervaren huisartsen uitdagend zijn. Bijvoorbeeld in de eigen praktijk of via zelfstudie, of door het volgen van scholing of het doen van onderzoek.

¹¹ Competentieprofiel van de opleider CHVG: indicatoren en niveaus van competentie, Huisartsopleiding Nederland, 2011

¹² Competentieprofiel van de docent CHVG, KNMG 2008

¹³ Landelijk Plan Scholing en Toetsing Huisartsopleiders, Huisartsopleiding Nederland 2013, en Landelijk Plan Docentprofessionalisering, Huisartsopleiding Nederland, 2014.

Literatuur

1. Van de Wiel, M.W.J., Van den Bossche, P., Janssen, S., & Jossberg, H. (2011). Exploring deliberate practice in medicine: how do physicians learn in the workplace? *Advances in Health Science Education*, 81-95.
2. Swing, S. (2010). Perspectives on competency-based medical education from the learning sciences. *Medical Teacher*, 32, 663-8.
3. Teunissen P.W., Scheele F., Scherpbier A.J., et al. (2007). How residents learn: qualitative evidence for the pivotal role of clinical activities. *Medical Education*, 41, 763-70.
4. Eraut, M. (2004). Informal Learning in the Workplace. *Studies in Continuing Education*, 26, 247-73.
5. Ericsson, K.A. (2004). Deliberate Practice and the Acquisition and Maintenance of Expert Performance in Medicine and Related Domains. *Academic Medicine*, 79, s70-s81.
6. Hattie, J. & Timperley, H. (2007). The power of feedback. *Review of educational research*, 77.
7. Tynjala, P. (2008). Perspectives into learning at the workplace. *Educational Research Review*, 3, 130-54.
8. Sluijsmans, D., Joosten-ten Brinke, D. & Van der Vleuten, C. (2013). Toetsen met leerwaarde. Een reviewstudie naar de effectieve kenmerken van formatief toetsen. *Reviewstudie uitgevoerd in opdracht van en gesubsidieerd door NWO-PROO*.
9. Holmboe, E.S., Sherbino, J., Long, D.M., Swing, S.R., Frank, J.R. (2010). The role of assessment in competency-based medical education. *Medical Teacher*, 34, 676-82.
10. Black, P., & William, D. (1998). Assessment and classroom learning. *Assessment in Education: Principles, Policy & Practice*, 18, 5-25.
11. Krackov, S.K., & Pohl, H. (2011). Building expertise using the deliberate practice curriculum-planning model. *Medical Teacher*, 33, 570-75.
12. Boud, D. & Falchikov, N. (2006). Aligning assessment with long-term learning. *Assessment & Evaluation in Higher Education*, 31, 4, 399-413.
13. Johnson D.W., Johnson R.T., & Smith K. (2007). The state of cooperative learning in postsecondary and professional settings. *Educational Psychology Review*, 19, 15-29.
14. Dijkstra J., Van der Vleuten C. & Schuwirth L. (2009). A new framework for designing programmes of assessment. *Adv. In Health Sci. Educ*, 3, 379-393.
15. Vleuten, C.P.M. van der, Schuwirth, L.W.T., Driessen, E.W., Dijkstra, J., Tigelaar, D., Baartman, L.K.J. & Tartwijk, J. van (2012). A model for programmatic assessment fit for purpose. *Medical Teacher*, 34, 205-14.
16. Vleuten, C.P.M. van der, & Driessen, E.W. (2014). What would happen to education if we take education evidence seriously? *Perspectives on Medical Education*, 3, 222-32.

4. Structuur van de opleiding

De structuur van de huisartsopleiding is vastgelegd in het Besluit Huisartsgeneeskunde (CGS). De driejarige (36 maanden) huisartsopleiding heeft twee hoofdonderdelen:

1. **opleidingsperiodes in de praktijk** van een huisarts die erkend is als opleider; deze duren samen 21 tot 30 maanden;
2. **stages** van in totaal 6 tot 15 maanden, waaronder een klinische stage van ten minste 6 maanden. De totale duur van de stages buiten de huisartsopleidingspraktijk en het ziekenhuis is maximaal 6 maanden.

Indeling opleidingsperiodes

Uitgangspunt is dat de aios zijn of haar opleiding start met een opleidingsperiode in de huisartspraktijk. In de eerste 6 maanden stelt de aios samen met het opleidingsinstituut en de opleider een IOS op. De opleiding wordt in principe afgesloten met een tweede opleidingsperiode in de huisartspraktijk.

Tijdens deze tweede periode kan de aios kiezen uit meerdere differentiatiemodules die het instituut aanbiedt. Daarmee kan de aios bepaalde competenties verdiepen. De aios volgt de differentiatiemodule bij voorkeur geïntegreerd met de opleidingsperiode in de huisartspraktijk. Dat wil zeggen: de aios werkt in de huisartspraktijk en besteedt daarnaast een vast aantal dagen, wekelijks of in blokken, aan de differentiatiemodule.

Standaard schema opleiding tot huisarts (voltijds)

	Standaardprogramma <i>verplicht</i>	Keuzeprogramma <i>niet verplicht</i>	Totaal
Opleidingsperiode in de huisartspraktijk 1	Huisartspraktijk		12 maanden*
Stages in een stageinstelling	Stage klinisch <i>6 maanden</i>	• Stage GGZ • Stage chronische ziekten & complexe problematiek • Andere stage naar keuze ('keuzestage') <i>Maximaal 6 maanden</i>	12 maanden*
Opleidingsperiode in de huisartspraktijk 2	Huisartspraktijk	• Differentiatiemodule • Keuzestage <i>Maximaal 3 maanden</i>	12 maanden*

*de duur van elk opleidingsdeel van 12 maanden kan aangepast worden aan het IOP en IOS mits voldaan blijft worden aan het gestelde in het Besluit Huisartsgeneeskunde.

Inhoud opleidingsperiodes, stages en cursorisch onderwijs

De aios volgt cursorisch onderwijs tijdens de opleidingsperiodes. Voor onderwijs staat minimaal 40 en maximaal 50 dagen per jaar. Het cursorisch onderwijs sluit aan bij de opleidingsperiodes in de praktijk en de stages.

De focus ligt, net als bij het leren in de praktijk, op competentieontwikkeling, de thema's en het uitvoeren van KBA's. Het cursorisch programma biedt voldoende flexibiliteit om ook rekening te houden met individuele leerdoelen van de aios.

Inhoud onderwijs voor standaard-opleidingsschema voltijdsopleiding huisartsgeneeskunde

Opleidingsperiode huisartspraktijk 1

Duur: 12 maanden

Plaats: praktijk van huisarts die erkend is als opleider.

Globale inhoud

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. Daarnaast is er aandacht voor de organisatie van de huisartspraktijk en samenwerking, binnen de praktijk en met andere eerstelijnsdisciplines.

Stage klinisch

Duur: 6 maanden, verplicht

Plaats: ziekenhuis.

Globale inhoud

De klinische stage heeft als doel het ontwikkelen van klinische competenties op het gebied van ziektebeelden die in de huisartspraktijk minder geclusterd voorkomen. De nadruk ligt op spoedeisende zorg. Er is aandacht voor diagnostiek en behandeling van patiënten, die door de huisarts naar de tweede lijn verwezen zijn, voor de verschillen tussen eerste en tweede lijn en voor de samenwerking tussen eerste en tweede lijn.

Stage GGZ

Duur: maximaal 6 maanden, niet verplicht

Plaats: instelling voor cliënten met psychiatrische ziekten of psychosociale problematiek.

Globale inhoud

In de stage GGZ 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 die binnen het bereik van de huisartsenzorg vallen.

Stage chronische ziekten en complexe problematiek

Duur: maximaal 6 maanden, niet verplicht

Plaats: verpleeghuis, revalidatiekliniek, instelling voor klinische geriatrie.

Globale inhoud

De stage chronische ziekten en complexe problematiek heeft tot doel de ontwikkeling van klinische competenties op het gebied van chronisch-complexe aandoeningen die in de huisartspraktijk minder geclusterd voorkomen, maar wel relevant zijn voor de huisarts. Belangrijke thema's in deze stage zijn: patiënten bijstaan in het omgaan met de gevolgen van een chronische ziekte en de samenwerking tussen huisarts en intramurale instelling.

Stage naar keuze

Duur: maximaal 6 maanden, niet verplicht¹⁴

Plaats: erkende stage-instelling of ziekenhuis.

In overleg met het opleidingsinstituut kan de aios zijn of haar IOS en IOP invullen met andere dan de hierboven genoemde niet verplichte stages. Bijvoorbeeld voor het opdoen van extra kennis en ervaring in een bepaald onderwerp of om ontbrekende competenties aan te leren.

Opleidingsperiode huisartspraktijk 2

Duur: 12 maanden

Plaats: praktijk van een huisarts die erkend is als opleider.

Globale inhoud

De tweede opleidingsperiode in de huisartspraktijk is het afsluitende deel van de huisartsopleiding. Dat betekent dat de aios aan het eind van deze periode moet voldoen aan het Competentieprofiel van de huisarts. Belangrijke leeronderwerpen in deze periode zijn preventie (samenwerking, organisatie en uitvoering) en begeleiding van patiënten met een chronische ziekte. De aios houdt zich ook bezig met praktijkmanagement, waaronder kwaliteitsbeleid, financieel en personeelsmanagement en de verdere ontwikkeling van de professionele attitude.

Differentiatiemodule

Duur: maximaal 3 maanden, bij voorkeur geïntegreerd, niet verplicht

Plaats: praktijk van huisarts die erkend is als opleider.

Globale inhoud

Tijdens de huisartsopleiding 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. Bijvoorbeeld: zorg voor ouderen, palliatieve zorg, bewegingsapparaat of urogynaecologie. Daarnaast biedt elk opleidingsinstituut de mogelijkheid de landelijk afgesproken differentiaties wetenschappelijk onderzoek en onderwijs maken en geven te volgen.

¹⁴ De totale periode buiten de huisartspraktijk en kliniek mag niet langer dan 6 maanden duren. Keuze- en differentiatiemodules buiten de huisartspraktijk of het ziekenhuis (jaar 2 en 3) mogen samen niet meer dan 6 maanden in beslag nemen.

5. Protocol Toetsing en Beoordeling

Uitgangspunten

Dit Protocol Toetsing en Beoordeling omvat de landelijke afspraken over de wijze waarop de acht opleidingsinstituten de toetsing, beoordeling en besluitvorming uitvoeren. Het protocol volgt de bepalingen over toetsing en beoordeling in de regelgeving¹⁵.

In het protocol wordt verwezen naar het Landelijk Toetsplan. Hierin staan nadere afspraken over de invoering van het protocol en de te gebruiken methoden en instrumenten voor toetsing.

Individualisering opleidingsduur op basis van eerder verworven competenties

De aios huisartsgeneeskunde kan voorafgaand aan de start van de opleiding vragen om verkorting van de opleiding op basis van eerder verworven competenties, blijvend uit verklaringen van de medisch eindverantwoordelijke opleider van een erkende opleidingsinrichting.

Het hoofd van het opleidingsinstituut¹⁶ beoordeelt aan de hand van het portfolio of de competenties van het opleidingsonderdeel waarvoor de aios vrijstelling aanvraagt, redelijkerwijs zijn verworven door gelijkwaardige werk- of opleidingservaring van de aios. Bij toekenning van de vrijstelling, bepaalt het hoofd de aangepaste individuele opleidingsduur van de aios.

Deze toekenning voor een vrijstelling is voorlopig van aard. Tijdens de eerste twee voortgangsgesprekken wordt met inachtneming van het individuele opleidingsplan beoordeeld of de vrijstelling terecht is toegekend¹⁷. De opleiders en docenten die betrokken zijn bij de opleiding van de aios geven hierover na het tweede voortgangsgesprek advies aan het hoofd, die de vrijstelling al dan niet definitief vaststelt. Vrijstelling voor een opleidingsonderdeel houdt ook in dat de aios vrijstelling krijgt voor het toetsprogramma dat bij dat onderdeel hoort. Als het hoofd de aanvraag tot verkorting van de opleidingsduur afwijst, geeft hij of zij hiervoor een schriftelijke onderbouwing aan de aios¹⁸.

Toetsing deeltijd-aios en aiothos (afwijkende trajecten)

Het tijdstip van gezamenlijk afgenomen toetsing is bij aios met een afwijkend opleidingstraject – zoals deeltijd-aios, of aios met zwangerschaps- of ziekteverlof – zoveel mogelijk hetzelfde als bij voltijd-aios. Het tijdstip van beoordeling en beslissing kan worden verschoven¹⁹ naar rato van de verlengde of verkorte opleiding. Omdat deeltijd-aios en aiothos naar verhouding meer toetsmomenten hebben, is er de mogelijkheid de frequentie van deze gezamenlijk afgenomen toetsen aan te passen, mits het hoofd dit goedkeurt.

¹⁵ Artikelen B3 lid 3 sub d en B4 van het Kaderbesluit CHVG; zie www.knmg.artsennet.nl.

¹⁶ Met 'hoofd' wordt bedoeld: hoofd van een opleidingsinstituut, of diens gedelegeerde (staflid, toetscoördinator of toetscommissie).

¹⁷ Artikelen B4 lid 3 sub e van het Kaderbesluit CHVG.

¹⁸ Kaderbesluit artikel B4.

¹⁹ Kaderbesluit artikel B8 sub 1b.

Procedures toetsing en beoordeling op hoofdlijnen

Toetsing

Programmatisch toetsen

De ontwikkeling van de aios wordt tijdens de opleiding continu getoetst, volgens de principes van programmatisch toetsen. De selectieve beoordeling is onder andere gebaseerd op observaties (zoals consultbeoordeling, verslaglegging en nabesprekingen) en (educatieve) toetsen op alle competentiegebieden.

Frequente en gedocumenteerde observaties in de opleidingspraktijk en de formelere, met instrumenten ondersteunde toetsing, leveren feedback op die de aios verder brengt in zijn competentieontwikkeling. Om een zo compleet en betrouwbaar mogelijk beeld te krijgen van het functioneren van een aios, verzamelen aios, opleiders en docenten informatie op meerdere momenten, in verschillende werksituaties en op basis van verschillende bronnen en beoordelingen. Het toetsprogramma (het geheel van toetsen, afname-momenten en beoordeling) is beschreven in het Landelijk Toetsplan.

Aanvullende toetsen

De opleidingsinstituten kunnen het landelijk toetsprogramma eventueel aanvullen met locale toetsen zoals vastgelegd in het lokaal opleidingsplan (zie verderop bij lokaal opleidingsplan). Daarnaast kan het hoofd aanvullende toetsmomenten vaststellen voor individuele aios die voortgangsproblemen hebben, of over wiens functioneren twijfel bestaat naar aanleiding van toetsuitslagen en/of op indicatie van betrokken opleiders en docenten. Hierbij kan gebruik gemaakt worden van andere toetsinstrumenten dan die uit het Landelijk Toetsplan. Bijzondere situaties waarin het hoofd kan besluiten af te wijken van de vastgestelde toetsing en beoordelingsmomenten zijn:

- bij ernstige twijfel over het functioneren van de aios;
- na onderbreking van de opleiding (dat kunnen meerdere korte onderbrekingen zijn, of een aaneengesloten langere periode van onderbreking);
- bij vrijstelling van een deel van de opleidingsperioden (zie: Individualisering opleidingsduur, pagina <22>).

Lokaal opleidingsplan: toetsing en beoordeling

Het Protocol Toetsing en Beoordeling is verplicht, inclusief de verwijzingen naar het Landelijk Toetsplan. Het opleidingsinstituut maakt daarnaast een lokaal overzicht van jaarlijkse toetsmomenten, de toetsinstrumenten, betekenis van de toetsuitslagen, en eventuele overige vormen van aanvullende toetsing die het opleidingsinstituut verplicht stelt.

Portfolio

In het portfolio doet de aios systematisch verslag van zijn of haar competentieontwikkeling. De competentiebeoordelingslijsten en de beoordeling en besluitvorming op basis van de verzamelde observaties en toetsen bevinden zich in het portfolio. De aios is verantwoordelijk voor de inhoud en volledigheid van het portfolio. Voor begeleiding en beoordeling deelt de aios het portfolio met de opleider, de docent(en) en het hoofd.

Beoordeling

Tijdens de huisartsopleiding wordt de competentieontwikkeling van de aios doorlopend bijgehouden. Bij elke beoordeling wordt voortgebouwd op de vorige beoordeling(en). De opleider/docent beoordeelt de competentieontwikkeling van de aios tijdens voortgangsgesprekken.

Voortgangsgesprek en beoordeling tijdens de opleiding in de huisartspraktijk (jaar 1 en 3)

Minimaal drie keer per jaar voeren de opleider en de docent een voortgangsgesprek met de aios. De eerste twee voortgangsgesprekken hebben de educatieve beoordeling²⁰ van de competentieontwikkeling van aios tot doel. Het derde voortgangsgesprek is de basis voor de formele, selectieve²¹ beoordeling. In de praktijk betekent dit dat er ongeveer elke drie of vier maanden een voortgangsgesprek is. Deze frequentie van voortgangsgesprekken is de minimale eis. Het staat de opleider, de docent of het hoofd vrij de frequentie te verhogen – mits gedocumenteerd – als daar redenen voor aanwezig zijn.

Voortgangsgesprek met opleider

De opleider beoordeelt de competentieontwikkeling van de aios aan de hand van beschikbare informatie uit bijvoorbeeld observaties in de praktijk of stage, en leergesprekken. Hij of zij gebruikt hierbij de competentiebeoordelingslijsten. De opleider kan het instituut vragen om advies of hulp bij de beoordeling. Het voortgangsgesprek is ook bedoeld om waar nodig het IOP bij te stellen. De aios maakt een verslag van het voortgangsgesprek (maar ook de opleider kan in onderlinge afspraak het verslag schrijven). De opleider voegt zo nodig zijn of haar zienswijze toe. Na ondertekening door aios en opleider komt het verslag in het portfolio. Een nadere uitwerking van de inhoud van de voortgangsgesprekken met de opleider staat in het Landelijk Toetsplan.

Voortgangsgesprek met docent(en)

De docent voert voortgangsgesprekken met de aios. Meestal is dit gesprek aansluitend op het voortgangsgesprek met de opleider. Ook is het mogelijk de voortgangsgesprekken gecombineerd te houden, dus een gesprek met opleider, docent en aios. Aan de hand van de beschikbare informatiebronnen, zoals toetsen, terugkomdagen en leeropdrachten, beoordeelt de docent onafhankelijk de competentieontwikkeling van de aios. De aios maakt een verslag van dit voortgangsgesprek (maar ook de docent kan in onderlinge afspraak het verslag schrijven) en stelt eventueel zijn of haar leerdoelen en plannen bij. De docent voegt zo nodig zijn zienswijze toe. Ook dit verslag komt, na ondertekening door beide partijen, in het portfolio. Een nadere uitwerking van de inhoud van de voortgangsgesprekken met de docent staat in het Landelijk Toetsplan.

Voortgangsgesprek en beoordeling tijdens stages (jaar 2)

Tijdens de stage voeren de stageopleider en docent een voortgangsgesprek met de aios aan de hand van een ingevulde competentiebeoordelingslijst. Aan het eind van elke stage beoordeelt de stageopleider of de aios de stage met voldoende resultaat heeft afgerond en doet daarvan verslag. Op basis van de voortgangsgesprekken adviseert de docent het hoofd over de voortgang van de aios. De aios dient alle stages met voldoende resultaat af te sluiten. Op basis van de stagebeoordelingen en het advies van de docent neemt het hoofd een besluit over de voortgang van de opleiding.

²⁰ Zie ook de Begrippenlijst, bijlage I.

²¹ Zie ook de Begrippenlijst, bijlage I.

Besluitvorming

Procedure beoordeling en beslissing

- a. Vóór het einde van de opleidingsperioden in de huisartspraktijk (jaar 1 en jaar 3) vinden de voortgangsgesprekken plaats tussen opleider en aios en tussen docent en aios, als basis voor de formele selectieve beoordeling van de aios. Beide beoordelingen resulteren in een advies aan het hoofd van het opleidingsinstituut of de aios geschikt is de opleiding voort te zetten of af te ronden. Voor het eind van het stagejaar (jaar 2) is er zo'n zelfde voortgangsgesprek, tussen docent en aios, voor selectieve beoordeling en advies aan het hoofd. De aios heeft het recht zijn of haar zienswijze hierop te geven en aan het advies toe te voegen.
- b. Aan het einde van het eerste en tweede opleidingsjaar neemt het hoofd op basis van dit advies één van de volgende beslissingen²²:
 - De opleiding van de aios wordt voortgezet.
 - De opleiding van de aios wordt onder voorwaarden voortgezet.
Dit geldt in elk geval als de stage-opleider, de opleider of de docent(en) niet alle competentiegebieden als 'voldoende' beoordelen bij de selectieve beoordeling én als de beslissing niet inhoudt dat de opleiding van aios wordt beëindigd.
 - De opleiding van de aios wordt niet voortgezet.
- c. Als de opleiding van de aios onder voorwaarden wordt voortgezet, stelt het opleidingsinstituut de aios schriftelijk in kennis van de voorwaarde(n) waaraan de aios moet voldoen, evenals van de termijn en de wijze waarop dit beoordeeld zal worden. Dit wordt gedocumenteerd in het portfolio.
- d. Het hoofd kan in bijzondere gevallen de selectieve beslissing maximaal drie maanden uitstellen.
- e. Bij uitstel van de selectieve beslissing kan het hoofd besluiten tot aanvullende toetsing van de aios. De aios krijgt schriftelijk bericht van de inhoud van deze toetsing, de manier waarop getoetst wordt, wat daarbij van de aios verwacht wordt en de consequenties van de resultaten.
- f. Uiterlijk drie maanden voor het beoogde einde van de opleiding neemt het hoofd één van de volgende beslissingen:
 - De opleiding van de aios wordt voltooid.
 - De opleiding van de aios wordt verlengd.
 - De opleiding van de aios wordt voortijdig beëindigd.

Verlenging opleidingsduur

Als er sprake is van vertraging in de competentieontwikkeling van de aios, kan het hoofd de opleidingsduur (zoals bedoeld in Kaderbesluit B.5) verlengen met maximaal zes maanden²³.

Tussentijdse beëindiging

Het hoofd heeft de bevoegdheid om de opleidingsovereenkomst met de aios tussentijds op te zeggen vanwege 'niet opleidbaar zijn' (onvoldoende groeipotentie) van de aios of andere zwaarwichtige redenen²⁴. Dat kan op elk moment in de opleiding; er geldt een opzegtermijn van ten minste één maand²⁵. Het hoofd informeert hierover de Registratiecommissie Geneeskundig Specialisten (RGS).

²² Kaderbesluit B.4.3.c

²³ Kaderbesluit B4.3 onder d, B.6 en B.10.

²⁴ Kaderbesluit C18.1b.

²⁵ Kaderbesluit B.15.

Geschillen

Bij een geschil over de toepassing van het Protocol Toetsing en Beoordeling geldt de geschillenprocedure van de Regeling specialismen en profielen geneeskunst²⁶.

²⁶ In te zien op www.knmg.artsennet.nl.

6. Naar een implementatieplan

In de huisartsopleiding staat leren in de praktijk voorop. Het onderwijs op het instituut ondersteunt dit met een lokaal opleidingsplan. De definitie van opleidingsplan is: ‘een georganiseerde reeks activiteiten die de verwerving van de benodigde competenties bevorderen’⁽¹⁾. Die activiteiten vinden plaats in zowel de praktijk (in de opleidingspraktijk of stage-instelling) als op het instituut. Ze hebben tot doel dat de aios de competenties verwerft die nodig zijn voor een goede beroepsuitoefening.

Het advies aan de opleidingsinstituten is om een lokaal ‘implementatieplan’ te maken voor het lokale opleidingsplan. Dit hoofdstuk is hierbij een hulpmiddel. De tekst bestaat uit twee delen: [advies bij het opstellen van een lokaal opleidingsplan](#) en [advies bij het invoeren van dit plan](#).

Advies bij het opstellen van een lokaal opleidingsplan

Bij het uitwerken van een lokaal opleidingsplan zijn er zeven kernpunten. Die staan in Tabel 1, met bijbehorende aandachtspunten. De kernpunten en aandachtspunten zijn afgeleid van de conceptuitwerking ‘Curriculum’ van het Kwaliteitsinstrument GEAR voor de GEAR-ronde 2017/2018. Alleen het kernpunt ‘toetsing en beoordeling’ maakt geen deel uit van het GEAR-domein Curriculum; het is toegevoegd om het overzicht compleet te maken.

Tabel 1 - Kernpunten van een lokaal opleidingsplan

Kernpunten	Aandachtsgebieden
1. Inhoud van het curriculum	• Wat wordt wel en wat wordt niet opgenomen in het curriculum, en waarom (niet)? • Wie is betrokken bij deze besluitvorming en op welke manier (stafleden, opleiders, aios, externen)? • Hoe communiceert het instituut besluiten naar betrokkenen? • Hoe wordt gecontroleerd of de inhoud van het curriculum voldoet aan de landelijke kaders (Landelijk Opleidingsplan en competentieprofiel)?
2. Samenhang in het curriculum	• Wat leert de aios in welke fase van de opleiding? • Wat leert de aios waar en hoe (terugkomdag, opleidingspraktijk, stagepraktijk, opdrachten, zelfstudie)? • Hoe maken we voor opleiders, aios en stafleden inzichtelijk wat in de aios in welke fase moet leren, en welke mogelijkheden bieden we hiervoor (opleidingspraktijk, terugkomdag, lokaal en landelijk onderwijs, opdrachten en zelfstudie)? • Hoe maken we voor aios, stagebegeleiders en stafleden duidelijk wat de positie van de stages is in de doorlopende leerlijnen van de huisartsopleiding? • Hoe stemmen we lokaal onderwijs af op landelijk onderwijs (STARTclass en Tweedaagse Chronische Zorg)?
3. Opleidingsactiviteiten	• Welke opleidingsactiviteiten passen bij de beoogde doelen? • Hoe stimuleren opleiders en docenten dat de aios in de praktijk voldoende ervaring opdoet binnen alle competentiegebieden en opleidingsthema's?

4. Toetsing en beoordeling	- Hoe zorgen aios en stageopleiders ervoor dat de individuele leerdoelen van de aios en zijn/haar activiteiten in de stages relevant zijn voor de opleiding tot huisarts? En dat het IOP hierbij centraal staat? - Hoe zorgen we ervoor dat toetsing een optimale bijdrage levert aan het leren van de aios? - Hoe wordt er getoetst en beoordeeld? - Hoe communiceren we aan betrokkenen waarom dit zo gebeurt? - Hoe bereiken we de borging van een adequate uitvoering van toetsing en beoordeling?
5. Onderwijs op maat, keuzemogelijkheden en differentiatie	- Hoe bieden we in de reguliere onderwijsprogramma's voldoende mogelijkheden tot verdieping en verbreding? - Hoe bieden we met aanvullende programma's onderwijs op maat, passend bij het IOP van de aios? - Hoe verhouden de landelijke differentiaties zich tot het reguliere aanbod?
6. Benodigde expertise opleiders en docenten	- Welke expertise hebben (stage)opleiders, docenten en onderwijsontwikkelaars nodig? - Hoe halen we deze expertise binnen en hoe zorgen we ervoor dat opleiders en docenten deze ontwikkelen?
7. Kwaliteitsbewaking en innovatie van onderwijs	- Hoe zorgen we dat nieuwe ontwikkelingen in het vak snel onderdeel worden van het curriculum? - Hoe zorgen we voor verbetering van opleidingsactiviteiten op basis van gebruikerservaringen (aios, docenten, opleiders)? - Hoe zorgen we voor planmatige verbetering en innovatie van ons curriculum?

Advies bij het invoeren van een lokaal opleidingsplan

Voor het invoeren van een lokaal opleidingsplan is, bij wijze van advies, een stappenplan uitgewerkt. Tabel 2 geeft suggesties voor lokale activiteiten, plus een overzicht van geplande landelijke activiteiten.

Tabel 2 – Lokale en landelijke activiteiten bij de invoering van een lokaal opleidingsplan

Lokale activiteiten	
Staf	- introductie nieuw Landelijk Opleidingsplan, stand van zaken communiceren; - onderwijskundige visie 'werken met KBA's' verduidelijken; - professionalisering staf in 'werken met KBA's': onderwijs ontwerpen, leren van aiosbegeleiden, opleiders begeleiden en scholen; - integreren van werken met KBA's in bestaande docentenscholing.
Opleiders	- introductie nieuw Landelijk Opleidingsplan bij (stage)opleiders; - afstemmen met opleiders: wat leert aios in de praktijk en wat op het opleidingsinstituut? Wat kan de aios bij de opleider leren en wat (nog) niet? Wat zijn systematische lacunes, wat kunnen tijdelijke zijn (bijvoorbeeld palliatie)? Hoe kan het leren gefaciliteerd worden? Wat doet de opleider als hij of zij zelf bepaalde KBA's niet beheerst?

	• integreren van werken met thema's en KBA's in het bestaande opleiderscurriculum, bijvoorbeeld in cursussen 'Een leeromgeving van de praktijk maken' (zie Landelijk Plan Scholing en Toetsing Huisartsopleiders, 2013), 'Feedback geven en toetsen', en 'Ondersteunen van het leerproces (plannen van leren).'
Aios	• introductie nieuw Landelijk Opleidingsplan; • instructie werken met KBA's, met onder andere aandacht voor IOP en portfolio
Curriculumontwerp	• in kaart brengen van verschillen Landelijk Opleidingsplan en huidig curriculum, eventueel aanpassen inhoud curriculum; • teams samenstellen per thema van het opleidingsplan (aios, opleiders/opleider-team, stafleden) en/of eindverantwoordelijken aanwijzen; • bepalen wat de aios waar leert: opleidingspraktijk, cursorisch onderwijs, landelijk onderwijs; • zie tabel 1 Kernpunten opleidingsplan voor een gedetailleerde omschrijving van het curriculumontwerp.
Toetsing en beoordeling	• aanpassen Toetsplan aan Landelijk Toetsplan; • instructie aios, docenten en opleiders in werken met KBA's.
Landelijke activiteiten	
Ontwikkeling aanvullende producten Landelijk Opleidingsplan	• ontwikkelen van lokaal benodigde hulpmiddelen bij de introductie van het nieuwe Landelijk Opleidingsplan, bijvoorbeeld introductiefilm opleiders over werken met KBA's, of app met overzicht KBA's; • elke drie jaar actualiseren van thema's, KBA's en de uitgangspunten van de opleiding; • aanpassen Landelijk Toetsplan en dit elke vijf jaar actualiseren.
Afstemming en productontwikkeling opleiders	• benoemen gevolgen nieuw Landelijk Opleidingsplan voor de scholing van opleiders; zo nodig • aanpassen Landelijk Plan Scholing en Toetsing Huisartsopleiders.
Afstemming en productontwikkeling docenten	• benoemen consequenties voor lokale professionalisering docenten; • integreren werken met KBA's in bestaande landelijke docentenscholing.

Advies afstemming en samenwerking

De afstemming en samenwerking op landelijk niveau voor het Landelijk Opleidingsplan vindt plaats door:

- onderlinge uitwisseling en samenwerking tussen instituten, via:
 - werkconferenties Landelijk Opleidingsplan voor stafleden, opleiders en aios;
 - hoofdenoverleg;
 - afstemming tussen lopende projecten (projectgroepen, werkgroepen) via delandelijk coördinator onderwijs;
 - delen van ervaringen en lokale producten via HAWeb.

- gezamenlijke evaluatie van de invoering van het Landelijk Opleidingsplan en van hetwerken met KBA's in de praktijk;
- uitwisseling met andere medische vervolgopleidingen/internationaal;
- landelijke publicaties voortvloeiend uit het opleidingsplan, op huisartsgeneeskundig enonderwijskundig gebied.

Tijdpad

- 1 september 2016: goedkeuring Landelijk Opleidingsplan en invoering op de instituten;
- uiterlijk 1 maart 2017: toevoeging geactualiseerd Landelijk Toetsplan als bijlage bij ditLandelijk Opleidingsplan;
- 2016/2018: stapsgewijze implementatie op de instituten.
- Lokaal bepalen in welke volgorde:
 - aanpassing curriculum;
 - aanpassing toetsing (als onderdeel van het curriculum) en beoordeling;
 - professionalisering docenten;
 - professionalisering opleiders.
- 2017/2018 GEAR-ronde: zelfevaluatie en audit van het domein Curriculum. Hierbij komtde invoering van het nieuwe Landelijk Opleidingsplan aan de orde.

Literatuur

1. Cate, T.J. ten, Chen, H.C., Hoff, R.G. Peters, H., Bok, H. & Van der Schaaf, M. (2015). Curriculum Development for the workplace using Entrustable Professional Activities:AMEEguideNo.99. *MedicalTeacher*.

Bijlage 1 Begrippenlijst

Aios ^{*27}	Arts in opleiding tot specialist, te weten tot specialist huisartsgeneeskunde.
Beoordelen	Op basis van verzamelde informatie bepalen of de aios voldoende voortgang boekt en/of aan de gestelde normen voldoet.
Competentie*	De bekwaamheid om een professionele activiteit in een specifieke, authentieke context adequaat uit te voeren door de geïntegreerde aanwezigheid van kennis, inzichten, vaardigheden, attitude, persoonskenmerken/eigenschappen.
ComBeL	CompetentieBeoordelingsLijst. Hulpmiddel voor de opleider, docent en aios om de beoordeling van de competentieontwikkeling van de aios te onderbouwen. De ComBeL bestrijkt de zeven competentiegebieden, waarbij voor elke competentie indicatoren voor de beoordeling zijn omschreven.
Competentiegebied	Cluster van competenties behorend bij de kerntaken van de huisarts: medisch inhoudelijk handelen, communicatie, samenwerken, organiseren, maatschappelijk handelen, wetenschap en onderwijs en professionaliteit.
Cursorisch onderwijs	Gestructureerd onderwijs, in aanvulling op praktijkleren.
Deeltijd*	Minder dan een volledige week werkzaam zijn, zoals beschreven in de betreffende regeling arbeidsvoorwaarden.
Docent	Een stafid van de huisartsopleiding dat betrokken is bij het onderwijs en de beoordeling van de aios.
Educatieve beoordeling	Beoordeling om te bepalen waar de aios staat in zijn of haar competentieontwikkeling en te benoemen wat er nog nodig is om het gewenste niveau te behalen.
Eindbeoordeling*	Beoordeling van de aios of hij of zij geschikt is en in staat wordt geacht het specialisme waarvoor hij of zij is opgeleid zelfstandig en naar behoren uit te oefenen nadat de opleiding is beëindigd.
Hoofd*	Hoofd van een opleidingsinstituut.

²⁷²⁷ Deze begrippenlijst sluit zo veel mogelijk aan bij de begripsomschrijvingen in het Kaderbesluit CHVG. Begrippen met een * zijn letterlijk overgenomen.

Individueel Opleidingsplan*(IOP)	Uitwerking van het opleidingsplan op individueel niveau dat aangeeft hoe de aios de benodigde competenties verwerft.
Instituutsreglement*	Reglement dat de praktische gang van zaken regelt tussen het opleidingsinstituut en de aios, opleiders, stageopleiders en de opleidings- en stage-inrichtingen.
KBA	Kenmerkende Beroeps Activiteit: observeerbare activiteit die exemplarisch is voor het huisartsgeneeskundig handelen.
Landelijk opleidingsplan*	Plan dat het kader stelt voor de inrichting en de uitvoering van de opleiding.
Leren	Leerproces van de aios en diens leerresultaat: competentieontwikkeling.
Leerwerkplan*	Plan dat de vorm en inhoud beschrijft van het praktisch en theoretisch gedeelte van de opleiding in de praktijk van de opleider, de opleidingsinrichting of stage-inrichting, met inachtneming van het opleidingsplan.
Thema	Kenmerkend onderdeel van de huisartsgeneeskunde dat expliciet aandacht behoeft in de huisartsopleiding.
Opleider*	Stageopleider of huisartsopleider (een door de RGS voor de opleiding erkende huisarts onder wiens verantwoordelijkheid een gedeelte van de opleiding tot huisarts plaatsvindt).
Observeren	Zorgvuldig waarnemen.
Portfolio	Documenten waaruit de ontwikkeling van een aios blijkt. Op basis van dit dossier worden leerdoelen bepaald. De aios beheert dit dossier.
Programmatisch toetsen	Een veelheid en verscheidenheid van toetsvormen en beoordelaars, met daaruit voortkomend betekenisvolle feedback, op basis waarvan van tijd tot tijd voortgangsbepalingen worden genomen.
Stage*	Deel van de opleiding dat plaats vindt buiten het specialisme huisartsgeneeskunde
Toetsen	Het verzamelen van informatie over het leren en de competentieontwikkeling van de aios, met het doel dit leren te kunnen (bij)sturen en plannen en goed te kunnen begeleiden en om op vaste momenten onderbouwd de voortgang van de aios te kunnen beoordelen.

Toetsinstrument	Hulpmiddel voor het geven van feedback en/of beoordelen van de aios.
Selectieve beoordeling	Beoordeling met als doel vast te stellen of de aios het vereiste niveau behaald heeft en of een bepaalde fase van de opleiding of de opleiding als geheel (eindbeoordeling) kan worden afgesloten.
Voltijds*	Een volledige week werkzaam zijn zoals beschreven in de betreffende regeling arbeidsvoorwaarden.
Vrijstelling	De ontheffing van de verplichting deel te nemen aan een gedeelte van opleiding met als gevolg bekorting van de opleidingsduur.
Zelfstudie*	Voor de opleiding noodzakelijke activiteiten die geen deel uitmaken van de opleiding in de praktijk en het cursorisch onderwijs.

Bijlage 2 Samenstelling expertgroepen en werkgroepen

Expertgroep opleidingsthema's

Joop Blaauw, LHOV
Carine den Boer, LHOV
Ben Bottema, LHV
Herman Bueving
Marc Eyck, NHG
Henriëtte van der Horst
Tim Linssen, LOVAH
Bas Maiburg
Paul Ram
Corry den Rooyen, KNMG
Fedde Scheele, MMV
Margreet Wieringa – de Waard

Expertgroepen Thema's en KBA's

Korte-episodeszorg

Patrick Bindels (voorzitter)
Marjolein van Baal
Marie Louise Bartelink
Bas Maiburg
Katinka Prince

Spoedeisende zorg

Frank Baarveld (voorzitter)
Gijs Elshout
Paul Giesen
Peter de Groof
Yvonne Guldemon-Hecker Marinella
Langendoen-Roel
Marcel Reinders

Chronische Zorg

Jean Muris (voorzitter)
Marie-Anne van Alphen
Meike Bruinsma
Pieter van den Hombergh
Bart Thoonen

Zorg voor ouderen met complexe problematiek

Jacobijn Gussekloo (voorzitter)
Ben Bottema
Jolijn de Graaff
Sonja Hanedoes
Lida de Jong
François Schellevis

Zorg voor het kind

Marjolein Berger (voorzitter)
Gijs Elshout
Marjolein Krul
Tineke Polman
Lili van Rhijn
Teun Tanja

Zorg voor patiënten met SOLK

Nettie Blankenstein (voorzitter)
Renée Elsas
Hans Faddegón
Riëtta Oberink
Tim olde Hartman

Zorg voor patiënten met psychische klachten en aandoeningen

Harm van Marwijk
Dick Walstock
Annemarie de Koning
Kees van der Post

Palliatieve en terminale zorg

Marcel Reinders
Wietze Eizenga
Claudia Frakking
Sjoerd Joustra
Carla Juffermans
Julia Sterk
Bernardina Wanrooy

Preventie

Pim Assendelft (voorzitter)
Kristel van Asselt
Merijn Godefrooij
Paul Jonas
Max Rubens

Praktijkmanagement

Gert Plat (voorzitter)
Paul van Dijk
Jacqueline van der Geest
Joost Leferink
Marijn van Oord
Renée Weersma
Mariska de Vroomen

Klankbordgroep werkconferenties

Annelies Belgraver
Meike Bruinsma
Mirella Buurman
Agnes Diemers
Ad van Esch
Geurt Essers
Monique Filippó
Gertrude Grijpink
Charlotte Hofstee
John Kaal
Tonnie van Kessel
Claudia Lobo
Jeroen van der Lugt
Bas Maiburg
Mirjam Mathot
Marlies van der Meer
Maaïke Paf
Robin Raabe
Chris Rietmeijer
Norbert Schilder
Marjolein Schot
Irene van Sloten
Bart Thoonen
Bernadette Snijders-Blok
Harry Schleijpen
Kees in 't Veld
Annette Verkerke
Margit Vermeulen
Maarten Vinkenburg
Jacqueline Vos
Ester Wesseling
Gerda van der Woude

Werkgroep uitgangspunten opleiding

Agnes Diemers
Geurt Essers
Bas Maiburg
Robin Raabe
Chris Rietmeijer
Norbert Schilder
Marjolein Schot
Bart Thoonen
Kees in 't Veld
Margit Vermeulen
Maarten Vinkenburg
Jacqueline Vos
Gerda van der Woude



COMPETENTIEPROFIEL VAN DE HUISARTS

Utrecht, 15 september 2016

COLOFON

Het competentieprofiel van de huisarts is gemaakt onder regie van de projectgroep ActualisatieCompetentieprofiel van de huisarts.

- Aanleiding en bronnen voor de actualisatie zijn:
- Standpunt kernwaarden huisartsgeneeskunde 2011
- Toekomstvisie huisartsenzorg 2022;
- Aanbod huisartsgeneeskundige zorg 2015.
- Landelijk opleidingsplan Huisartsgeneeskunde 2016.
- Raamwerk Medisch Leiderschap 2015

Samenstelling projectgroep

- Drs. Paul van de Vijver, huisarts, projectleider Landelijk opleidingsplan huisartsgeneeskunde Huisartsopleiding Nederland, voorzitter.
- Drs. Kees van der Post, huisarts, landelijk coördinator onderwijs Huisartsopleiding Nederland.
- Drs. Karel Rosmalen, huisarts, afdelingshoofd Beleid en Ontwikkeling Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV).
- Drs. Marc Eyck, hoofd beleid Nederlands Huisartsen Genootschap (tot 1 mei 2016), drs. Anketer Brugge, senior beleidsadviseur (NHG).
- Dr. Bas Maiburg, opleidingsdirecteur Huisartsopleiding Maastricht.
- Drs. Janet Kist, huisarts, opleider huisartsgeneeskunde, staflid Huisartsopleiding Leiden.
- Drs. Gerda van der Woude, huisarts, opleider huisartsgeneeskunde, bestuurslid Landelijke Huisartsopleiders Vereniging (LHOV).
- Drs. Paul de Jong, aios huisartsgeneeskunde, namens de LOVAH

Bijlagen

- Algemene competenties volgens Kaderbesluit CHVG
- NHG Standpunt Kernwaarden Huisartsgeneeskunde, juni 2011
- Aanbod huisartsenzorg, LHV december 2015
- Toekomstvisie 2022, LHV/NHG i.s.m. IOH, 2012
- Raamwerk Medisch Leiderschap, Platform Medisch Leiderschap/Universiteit Twente, ondersteund door KNMG, september 2015

Voorwoord

Dit competentieprofiel beschrijft de voor de huisarts geldende competenties. Het competentieprofiel is in de regelgeving (Besluit huisartsgeneeskundeⁱ) opgenomen en is richtinggevend voor de te bereiken competenties tijdens en na de huisartsopleiding.

Het competentieprofiel is gebaseerd op het algemene competentieprofiel dat door het College Geneeskundige Specialismen (CGS) is vastgesteld en opgenomen in het Kaderbesluit CHVG (Het College voor Huisartsgeneeskunde, Verpleeghuisgeneeskunde en medische zorg voor verstandelijk gehandicapten)ⁱ.

Het competentieprofiel geeft aan over welke competenties de Nederlandse huisarts moet beschikken om de huisartsenzorg, zoals vastgesteld door de beroepsgroep (Aanbod huisartsgeneeskundige zorg), vanuit de huisartsvoorziening uit te voeren. Hierbij zijn de huisartsgeneeskundige kernwaarden uitgangspunt. De kernwaarden van het vak en de inhoud van de huisartsenzorg zijn door de beroepsgroep - de wetenschappelijk vereniging het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG) en de Landelijke Huisartsen Vereniging LHV - vastgelegd in de Kernwaarden huisartsgeneeskundeⁱⁱ en het Aanbod huisartsgeneeskundige zorgⁱⁱⁱ, dat periodiek wordt geactualiseerd aan de hand van de Toekomstvisie Huisartsenzorg.^{iv}



De competenties in het Competentieprofiel van de huisarts zijn ingedeeld volgens de competentiegebieden van het CanMeds^v model. Centraal hierin staat het competentiegebied Medisch Handelen. De andere 6 competentiegebieden zijn hieraan ondersteunend. Om het Aanbod huisartsgeneeskundige zorg te kunnen uitvoeren is de beheersing van de Medisch Handelen competenties in samenhang met de andere competenties vereist.

Het referentiekader voor deze versie is de Toekomstvisie Huisartsenzorg 2022 en de uitwerking hiervan in het Aanbod huisartsgeneeskundige zorg 2015.

Per competentiegebied zijn, indien van toepassing, relevante uitgangspunten en of passages van de Toekomstvisie 2022 in de omschrijving van het competentiegebied opgenomen ter verduidelijking van de samenhang met de onderliggende competenties. Daarmee is het hoofdstuk *Positionering* (hoofdstuk 3) uit de vorige versie van het Competentieprofiel (2005) komen te vervallen.

Dit geldt ook voor hoofdstuk 2 in de vorige versie; de onderwijskundige visie. Deze is uitgebreid beschreven in het Landelijk Opleidingsplan Huisartsgeneeskunde 2016.

Besloten is om de terminologie in overeenstemming te brengen met die van de andere medisch specialistische vervolgopleidingen. De term taakgebied is vervangen door competentiegebied, het competentiegebied 'vakinhoudelijk handelen' door 'medisch handelen', 'arts-patiëntcommunicatie' door 'communicatie', 'wetenschap en onderwijs' door 'kennis en wetenschap'.

De nummering achter de competenties in dit profiel verwijst naar overeenkomstige algemene competenties die gelden voor alle specialismen, zoals in de eerste alinea genoemd.

Tot slot de plaatsbepaling van het Raamwerk Medisch Leiderschap. In afwachting van het besluit van het College Geneeskundige Specialismen (CGS) tot aanpassing van de competenties in het algemene competentieprofiel is volstaan met het noemen van en verwijzen naar het Raamwerk in de omschrijving van de competentiegebieden Samenwerken, Organiseren en of Professionaliteit.

Competentiegebied 1: medisch handelen

Het medisch handelen van de huisarts is gefundeerd op de huisartsgeneeskundige kernwaarden en omvat alle medische activiteiten die hij of zij ontplooit naar aanleiding van klachten, problemen en vragen over ziekte en gezondheid. Huisartsenzorg is generalistische, persoonsgerichte en continue zorgverlening. (bestaande noot kernwaarden)

De essentie van het medische handelen bestaat uit het differentiëren van de klacht naar aard en ernst en het beoordelen van de noodzaak van interventie rekening houdend met de persoonlijke context van de patiënt. Vanuit een werkhypothese wordt een behandelplan gegenereerd en het effect hiervan bewaakt. Aandacht voor de eigen verantwoordelijkheid en betrokkenheid van de patiënt bij de besluitvorming over het beleid zijn daarbij belangrijke uitgangspunten.

Het aanbod huisartsgeneeskundige zorg, zoals vastgesteld door de beroepsgroep (bestaande noot), is richtinggevend voor de inhoud van het medisch handelen.

Competenties

1.1 De huisarts	interpreteert de klacht binnen de context	1.iii
	• betreft fysieke, psychische, sociale, culturele, genderspecifieke en levensbeschouwelijke achtergronden van de patiënt, diens levensfase en gezondheidsgeschiedenis bij de interpretatie van de klacht.	
1.2 De huisarts	past het diagnostisch, therapeutisch en het preventief arsenaal van het vakgebied doelgericht en evidence based toe	1.i
	• maakt gebruik van de NHG-standaarden en relevante richtlijnen. • onderbouwt de klinische besluitvorming op rationele wijze. • houdt rekening met de belasting voor de patiënt en de beschikbaarheid van zorgvoorzieningen bij de keuze van interventie(s). • besluit tot het afzien van behandeling (watchful waiting) waar van toepassing • richt zich op zorggerelateerde en geïndiceerde preventie.	1.ii 1.iii
1.3 De huisarts	levert op gestructureerde wijze eerstelijns zorg	1.iii
	• beheerst het complete spectrum van probleemverheldering, anamnese, lichamelijk- en aanvullend onderzoek, signalering, voorlichting en advies, preventie, begeleiding en verwijzing. • selecteert doelgericht elementen uit dit spectrum en stemt de toepassing ervan af op de individuele hulpvraag.	

Competentiegebied 2: communicatie

Dit competentiegebied omvat alle vormen van verbale en non-verbale communicatie tussen huisarts en patiënt tijdens elk patiëntencontact.

De kern bestaat hier uit het initiëren en onderhouden van een constructieve dialoog en werkrelatie met de patiënt en het zorgdragen voor een medisch verantwoorde gezamenlijke besluitvorming.

Communicatie met andere hulpverleners valt onder competentiegebied Samenwerking.

Competenties

2.1 De huisarts	bouwt effectieve behandelrelaties met patiënten op	2.i
	• creëert een sfeer van vertrouwen. • toont betrokkenheid bij patiënt (en naasten) en legt daarmee de basis voor een duurzame vertrouwensrelatie.	7.i
2.2 De huisarts	past communicatietechnieken en -middelen doelgericht toe.	2.ii
	• past zinsbouw en woordkeus aan bij leeftijd, geslacht, etnische en culturele achtergrond, en emotie van de patiënt. • licht de opbouw van het consult helder toe. • zet communicatiemiddelen (bijv. e-mail, telefoon, videoconsult etc.) patiëntgericht in.	
2.3 De huisarts	betreft de patiënt actief bij de besluitvorming	2.ii
	• exploreert het referentiekader van de patiënt door actief te luisteren en de hulpvraag te verhelderen. • stimuleert de patiënt om te reageren op de gestelde vragen, de werkhypothese en de geboden informatie. • adviseert een patiënt over mogelijke behandelingen en begeleidt het keuzeprocess bij het opstellen van het behandelplan en het stellen van persoonlijke doelen. • geeft nadere toelichting, helpt informatie te ordenen, verifieert systematisch of de informatie correct is begrepen. • bespreekt de uitvoerbaarheid van het voorgenomen beleid.	2.iii 7.i

Competentiegebied 3: samenwerken

Dit competentiegebied omvat alle beroepsmatige contacten en relaties binnen en buiten de eigen huisartsenvoorziening. Het participeren in een netwerk van functionele samenwerkingsrelaties en het optimaal gebruik maken van beschikbare expertises is essentieel voor het realiseren van effectieve en efficiënte samenwerking.

De huisarts vervult, waar nodig, een coördinerende, bewakende en bevorderende rol in het bieden van samenhangende en op de patiënt afgestemde zorg.

Competenties

3.1 De huisarts	draagt bij aan effectieve intra- en interdisciplinaire samenwerking, waaronder ketenzorg.	3.i 3.iii 3.iv
	• maakt optimaal gebruik van expertise binnen de eigen huisartsenvoorzieningen een netwerk van zorgverleners in de eerste en de tweede lijn. • stelt prioriteiten t.a.v. overlegstructuren op basis van daadwerkelijke behoeftes in de zorg en de grootte van de overlap in zorggebied met andere zorgverleners • maakt effectief gebruik van intercollegiale consultatie	
3.2 De huisarts	past samenwerkingsvaardigheden doelgericht toe	3.i
	• kiest een aanpak die past bij de situatie • beïnvloedt het functioneren van een groep op positieve wijze • gaat evenwichtig en constructief om met conflictsituaties	6.ii
3.3 De huisarts	verwijst doelgericht op basis van actueel inzicht in de expertise van andere zorgverleners	2.iv 3.ii
	• houdt zich aan de grenzen van de eigen deskundigheid en die van het eigen vakgebied door doelgericht en tijdig te verwijzen • houdt bij het verwijzen rekening met beschikbaarheid en toegankelijkheid van andere zorgverleners. • draagt informatie over patiënten zorgvuldig over. • neemt verantwoordelijkheid voor de continuïteit van de zorg voor de patiënt.	7.iii

Competentiegebied 4: organiseren

Dit competentiegebied betreft het realiseren van regels en afspraken t.b.v. het functioneren van de huisartsenvoorziening binnen een systeem van kwaliteitseisen en kwaliteitsverbetering. De huisarts heeft hierin een voortrekkers rol (medisch leiderschap).

De kwaliteit van de huisartsenvoorziening wordt continu gevolgd aan de hand van relevante parameters.

Het Raamwerk Medisch Leiderschap is een verdere uitwerking van dit competentiegebied en heeft overlap met de competentiegebieden professionaliteit, samenwerken en maatschappelijk handelen. (bijlage)

Competenties

4.1 De huisarts	realiseert integrale en doelmatige huisartsenzorg die continu en toegankelijk is. • draagt bij aan de beschikbaarheid van zorg in de nabije omgeving van patiënten en aan de bereikbaarheid van de zorg zonder de tussenkomst van derden. • stemt zorg af op de specifieke behoefte van de patiëntenpopulatie van de huisartsenvoorziening.	7.i
4.2 De huisarts	past organisatie- en managementprincipes doelgericht toe. • organiseert mensen, middelen en informatie binnen de huisartsenvoorziening zodanig dat efficiënt en effectief zorg geboden kan worden. • bewaakt uitvoering van gedelegeerde geprotocolleerde taken en neemt eindverantwoordelijkheid. • is systematisch bezig met planvorming, uitvoering en evaluatie m.b.v. wetenschappelijke inzichten en 'best practices'. • hanteert, evalueert en actualiseert (werk)afspraken. • hanteert feitelijke informatie over de zorg en incidenten ten behoeve van kwaliteitsverbetering en patiëntveiligheid.	6.ii
4.3 De huisarts	gebruikt informatietechnologie voor optimale patiëntenzorg • houdt systematisch een elektronisch medisch dossier (EMD) bij voor elke patiënt. • maakt effectief gebruik van een geautomatiseerd Huisarts Informatie Systeem (HIS), elektronische patiëntdossiers (EPD) en internet.	1.iv 2.iv 6.iv

Competentiegebied 5: maatschappelijk handelen

Dit competentiegebied omvat het maatschappelijk verantwoord uitoefenen van het beroep. De kern is het verlenen van doelmatige, voor iedereen toegankelijke zorg en het afwegen van de belangen van de patiënt tegen de belangen van andere hulpvragers en de maatschappij.

De beroepsgroep heeft haar ambities op het gebied van maatschappelijk handelen vastgesteld (Toekomstvisie 2022). De huisarts streeft, vanuit zijn/haar maatschappelijk positie, het realiseren van deze ambities na (medisch leiderschap).

Competenties

5.1 De huisarts	bevordert de gezondheid van individuele patiënten en groepen patiënten	5.i
	• is alert en reageert (pro)actief op determinanten²⁸ van ziekte.	5.ii
	• geeft individuele gezondheidsvoorlichting en –opvoeding aan patiënten.	4.iv
	• richt zich samen met andere partijen op wijkgebonden preventie.	
5.2 De huisarts	handelt overeenkomstig de geldende wetgeving voor de huisarts	5.iii
5.3 De huisarts	behartigt belangen van (toekomstige) patiënten n.a.v. incidenten in de zorg	5.iv
	• neemt passende correctieve- en/of preventieve maatregelen bij incidenten in de patiëntenzorg.	
	• informeert de patiënt over de geldende klachtprocedures en -instanties.	
5.4 De huisarts	handelt kostenbewust	6.iii
	• kiest voor de minst kostbare behandeloptie bij gelijkwaardigheid van alternatieven.	
	• gaat uit van het egaliteitsprincipe²⁹ binnen de zorg.	
	• voorkomt onnodige verwijzingen.	

²⁸ Onder determinanten verstaan we alle factoren die de gezondheid beïnvloeden (persoonsgebonden/ endogene factoren, exogene/ gedrags- en levenswijze, fysieke en sociale omgeving)

²⁹ Egaliteitsprincipe: principe dat iedereen goede zorg ontvangt, maar degenen met de grootste behoefte ontvangen de meeste zorg (Bron: NHG-Standpunt Huisartsgeneeskunde, 2011)

Competentiegebied 6: kennis en wetenschap

Dit competentiegebied omvat het verwerven, toepassen en overdragen van wetenschappelijke kennis en van gemeenschappelijke en gesystematiseerde ervaringskennis. De huisarts neemt verantwoordelijkheid voor en draagt bij aan de ontwikkeling van het vakgebied door participatie in onderzoek, onderwijs en innovatie. De principes van Evidence-based medicine (EBM) vormen hierbij de kern.

Competenties

6.1 De huisarts	onderbouwt de zorg op wetenschappelijk verantwoorde wijze	1.iv
	• vertaalt klinische problemen in een onderzoekbare vraag • selecteert beschikbaar wetenschappelijk onderzoek naar relevantie • beoordeelt de methodologische kwaliteit van de literatuur	4.i
6.2 De huisarts	bevordert ontwikkeling en implementatie van vakkennis	4.ii
	• verzamelt gestructureerd data ten behoeve van onderzoek en scholing • weegt nieuwe wetenschappelijke inzichten op toepasbaarheid in de eigen praktijksituatie	
6.3 De huisarts	bevordert de deskundigheid van studenten, aios, collegae en andere zorgverleners	4.iv
	• brengt kennis in uiteenlopende leersituaties.	

Competentiegebied 7: Professionaliteit

Dit competentiegebied omvat het hanteren, bevorderen en onderhouden van de vakbekwaamheid, beroepsnormen en - attitude. Kern is het ontwikkelen van een professionele identiteit. Reflectie op de eigen competenties is hierbij een essentiële vaardigheid.

Competenties

7.1 De huisarts	houdt persoonlijke en professionele rollen in evenwicht	6.i
	• neemt weloverwogen verantwoordelijkheid voor de geboden zorg en de organisatie ervan en stelt prioriteiten. • houdt betrokkenheid en distantie in een gezonde balans. • is zich bewust van de impact die houding en gedrag kunnen hebben op anderen en van de noodzaak om hier aandacht aan te geven^{vi}.	7.ii
7.2 De huisarts	werkt systematisch en doelbewust aan verbetering van zijn beroepsmatig functioneren	1.i 4.iii
	• maakt eigen persoonlijk en professioneel handelen bespreekbaar en stelt verbeterpunten vast op basis van de verkregen feedback. • stelt door middel van reflectie periodiek de persoonlijke leerbehoefte vast, neemt planmatig deel aan deskundigheidsbevordering en evalueert het effect.	7.ii 7.iii
7.3 De huisarts	gaat binnen het kader van de beroepsethiek bewust om met voorkomende verschillen in normen en waarden	1.iii 7.i
	• handelt conform de geldende beroepscode. • gaat respectvol om met verschillen in normen en waarden voor zover ze niet strijdig zijn met de geldende ethische – en medische gedragsregels	7.iv

ⁱ Opleiding en (her)registratie www.knmg.nl:

Kaderbesluit CHVG en Besluit Huisartsgeneeskunde van 21 augustus 2008, nadien gewijzigd en ingegaan op 18 januari 2016.

ⁱⁱ Standpunt Kernwaarden Huisartsgeneeskunde, NHG 2011

ⁱⁱⁱ Aanbod Huisartsgeneeskundige zorg, LHV 2015

^{iv} Toekomstvisie huisartsenzorg 2022, LHV, NHG, in samenwerking met het Interfacultair Overleg Huisartsgeneeskunde, 2012

^v CanMEDS rolls (Canadian Medical Education Directives for Specialists) 2005, Royal College of Physicians and Surgeons of Canada.

^{vi} Raamwerk Medisch Leiderschap, Platform Medisch Leiderschap/Universiteit Twente, ondersteund door KNMG, september 2015

Bijlage 4 Overzicht Thema's en Kenmerkende Beroepsactiviteiten | Landelijk Opleidingsplan Huisartsgeneeskunde | oktober 2014

Korte episode zorg

De aios:

Voert een consult:

1. Schat de urgentie van de hulpvraag in en bepaalt de soort verrichting die noodzakelijk is (telefonisch consult, consult of visite).
2. Verheldert de hulpvraag, neemt de anamnese af en voert onderzoek uit.
3. Voert aanvullende diagnostiek uit.
4. Stelt de behandeling en het beleid in, informeert en adviseert.
5. Registreert en codeert.
6. Sluit de episode af door de behandeling en het beleid te evalueren.

Voert een telefonisch of e-health consult:

7. Neemt de anamnese af aan de telefoon.
8. Geeft telefonisch voorlichting en advies.

Superviseert de assistente:

9. Superviseert (telefonische) consulten van de assistente en geeft feedback.

Spoeisende zorg

De aios:

1. Stelt het toestandsbeeld vast van een patiënt met acute ziektebeelden met behulp van de ABCDE systematiek en voert daarbij de noodzakelijke handelingen uit.
2. Handelt getrieerde consulten en visites naar urgentie af.
3. Legt bevindingen, diagnose en beleid vast en draagt deze helder over.
4. Superviseert gedelegeerde taken.
5. Rapporteert voorkomende incidenten en analyseert deze op verbeterpunten in de acute zorgverlening.
6. Bewaakt de vlotte afhandeling van de patiëntenstroom met als doel veilige, doelmatige en overbruggende zorg.
7. Organiseert het medisch beleid in samenwerking met andere (para) medische hulpverleners en mantelzorgers.
8. Handelt visites af conform de regelgeving ten aanzien van spoedritten.
9. Trieert telefonisch, stelt de urgentie vast, bepaalt het medisch beleid en geeft instructies in begrijpelijke taal.
10. Autoriseert binnen de tijdsnorm het handelen van de triage assistent.
11. Fungeert als eerste aanspreekpunt voor SEH, ambulance, apotheek, GGZ, thuiszorg en politie.

Chronische zorg

De aios:

1. Behandelt, controleert en organiseert de zorg voor patiënten met diabetes, HVZ en astma/COPD.
2. Registreert, deelt data met medebehandelaars en stelt beleid bij.
3. Begeleidt en evalueert de zorg verleend door assistente en POH.
4. Markeert het moment dat er sprake is van een chronische ziekte, die behandeling en controle behoeft.
5. Verleent en organiseert zorg na ontslag uit het ziekenhuis.
6. Behandelt en begeleidt patiënten met zeldzame ziekten.
7. Kiest-bij conflicterende richtlijnen-samen met de patiënt de meest passende behandeling.
8. Maakt gebruik van moderne communicatietechnieken (ICT).

Zorg voor ouderen met complexe aandoeningen

De aios:

1. Stelt vast of er sprake is van complexe problematiek.
2. Stelt in samenspraak met de patiënt een behandelplan vast.
3. Behandelt intercurrente ziekten in samenhang met bestaande(complexe) problematiek.
4. Bespreekt vroegtijdig de keuzes in aanvullende diagnostiek en/of behandeling rekening houdend met persoonlijke wensen en levensverwachting.
5. Stemt taken bij de zorg voor ouderen af met andere bij de patiënt betrokken hulpverleners.
6. Bepaalt periodiek de zorgbehoefte van de ouderen in de praktijk (door screening en/of casefinding) en past het zorgaanbod daar waar mogelijk op aan.
7. Verbeterd en bewaakt de veiligheid van de ouderenzorg in de praktijk, door onder meer periodieke medicatiereviews en valpreventieprogramma's.
8. Bepaalt welk aandeel de huisartsvoorziening heeft in de zorg voor ouderen en stemt dit af met andere verantwoordelijken in deze zorg zoals de Gemeente (WMO).

Zorg voor het kind

De aios:

1. Voert een consult met een acuut ziek kind (leeftijd: 0-2 jaar).
2. Voert een consult met een kind met lichamelijke klachten (leeftijd: 3-10 jaar).
3. Voert een consult met een puber/adolescent (leeftijd: 11-23 jaar).
4. Maakt overgewicht bespreekbaar en begeleidt hierbij.
5. Signaleert problematische thuissituaties en begeleidt het gezin.
6. Schrijft medicatie voor aan kinderen.

Zorg voor patiënten met psychische klachten en

De aios:

1. Begeleidt een patiënt met spanningsklachten, overspanning of burn-out.
2. Zet bij een patiënt met angst- en stemmingsklachten /stoornissen de benodigde behandeling in.
3. Diagnosticeert acute psychiatrische stoornissen en zet de benodigde behandeling in.
4. Schat bij suicidaliteit het gevaar in voor de patiënt en diens omgeving en zet de benodigde hulp in.
5. Motiveert een patiënt met (een verhoogd risico voor) verslavingsgedrag voor passende zorg.
6. Zet bij een patiënt met gevolgen van traumatische gebeurtenissen de benodigde zorg in.
7. Signaleert persoonlijkheidstrekken en –stoornissen, definieert de gevolgen hiervan voor de zorgverlening en adviseert de patiënt om indien nodig passende begeleiding te vinden.
8. Zet bij kinderen met afwijkend gedrag passende diagnostiek en behandeling in.

Overzicht Thema's en Kenmerkende Beroepsactiviteiten | Landelijk Opleidingsplan Huisartsgeneeskunde | oktober 2014

Zorg voor patiënten met SOLK

De aios:

1. Stelt de werkhypothese SOLK, geeft uitleg en behandelt stapgewijs.
2. Maakt gebruik van klachtenregistratie om patronen in klachten en beïnvloedende factoren te ontdekken.
3. Voert een verwijsgesprek met een patiënt met SOLK.
4. Bespreekt de gevolgen van de klachten voor de arbeidsparticipatie bij (dreigende) langdurige arbeidsongeschiktheid.
5. Biedt langdurige begeleiding en houdt de regie bij een patiënt met ernstige SOLK.

Palliatieve en terminale zorg

De aios:

1. Voert een gesprek over het naderend levenseinde.
2. Past beleid aan op basis van de fase waarin de patiënt in de palliatieve fase verkeert: in het bijzonder de overgang van curatieve fase naar de palliatieve fase en de stervensfase.
3. Behandelt de specifieke problemen in de palliatieve/terminale fase.
4. Anticipeert op de vaak complexe problemen en klachten tijdens de palliatieve fase/ terminale zorg.
5. Organiseert de palliatieve en terminale zorg, stuurt andere zorgverleners aan en is aanspreekpunt voor de patiënt en zijn omgeving.
6. Verleent zorg aan naasten.
7. Begeleidt een patiënt en diens naasten bij het verlies (rouwverwerking).
8. Voert de wens tot palliatieve sedatie uit.
9. Voert de wens tot euthanasie uit of draagt deze over in geval van persoonlijke gewetensbezwaren.
10. Levert persoonlijke continuïteit van zorgverlening

Preventie

De aios:

1. Stelt, samen met een patiënt, een individueel zorgplan op ter preventie van een chronische ziekte.
2. Verkent op indicatie de leefstijl van een patiënt en bespreekt mogelijkheden tot verandering.
3. Adviseert over verschillende preventieve activiteiten.
4. Selecteert personen en patiënten met een verhoogd gezondheidsrisico.
5. Voert programmatische preventie uit.
6. Bepaalt welke rol de huisarts heeft in een nieuw of bestaand preventieproject en voert deze uit.
7. Is betrokken bij de uitvoering van bevolkingsonderzoek zoals door de beroepsgroep met de overheid is overeengekomen en voert zijn aandeel hierin uit.
8. Brengt een erfelijke ziekte in de familie van een patiënt in kaart en bespreekt of screening of diagnostiek aan de orde is.
9. Bespreekt bij een bestaande kinderwens preventiemogelijkheden voorafgaand aan een toekomstige zwangerschap.

Praktijkmanagement

De aios:

1. Formuleert een persoonlijke en een praktijkvisie op de huisartsenzorg.
2. Stelt een verbeterplan op en voert dit uit.
3. Superviseert individuele praktijkmedewerkers bij het uitvoeren van voorbehouden handelingen.
4. Levert een bijdrage aan de patiëntveiligheid door het melden, analyseren en afhandelen van patiëntveiligheidsproblemen.
5. Heeft inzicht in de financiering en bedrijfsvoering van de huisartsenpraktijk, declareert eigen verrichtingen en adviseert patiënten over de financiële consequenties van een medische behandeling/diagnostiek.
6. Vertegenwoordigt de opleidingspraktijk voor een specifiek thema in een multidisciplinair overleg.
7. Stemt de praktijkvoering en informatievoorziening af op de behoeften van de patiëntenpopulatie.

Thema Korte Episode Zorg

Naar een Landelijk Opleidingsplan Huisartsgeneeskunde

Colofon

Expertgroep Korte Episode Zorg

Prof. Dr. Patrick Bindels (voorzitter), hoogleraar huisartsgeneeskunde
Drs. Marjolein van Baal, huisarts, medewerker LHK Huisartsopleiding Nederland
Dr. Marie Louise Bartelink, docent EBM
Dr. Bas Maiburg, huisarts, adjunct-hoofd Huisartsopleiding Maastricht
Dr. Katinka Prince, huisartsopleider

Projectgroep Landelijk Opleidingsplan, Huisartsopleiding Nederland

Drs. Paul van de Vijver, huisarts, projectcoördinator
Drs. Kees van der Post, portefeuillehouder hoofden
Dr. Mirjam Nijveldt, onderwijskundige
Dr. Marcel Reinders, projectleider toetsing

Contact

E-mail: m.nijveldt@huisartsopleiding.nl; p.vdvijver@huisartsopleiding.nl
Tel: 030-2823460 (secretariaat)

Omschrijving van het thema

Korte episode zorg omvat het grootste deel van zorg door de huisarts geleverd. Medisch zorgvragen vallen onder korte episode zorg indien de huisarts in één tot maximaal drie consulten de diagnostiek, behandeling en aanvullend beleid kan afronden. Hierbij kan de huisarts gebruik maken van aanvullende diagnostiek in de eigen praktijk of transmuraal. Korte episode zorg wordt door de huisarts geleverd - tijdens een consult, een telefonisch consult of een visite - maar ook door ondersteunend personeel als de PA.

Korte episode Zorg in de Huisartsopleiding

Korte episode zorg staat centraal in het eerste half jaar van de huisartsopleiding. Korte episode zorg vraagt om een aantal basisactiviteiten van de huisarts die ook binnen de overige thema's worden toegepast: (1) het voeren van een consult – met aandacht voor Evidence Based Medicine (EBM), (2) het voeren van een telefonisch of e-health consult en (3) het superviseren van de assistente bij gedelegeerde taken. Deze 3 basisactiviteiten zijn uitgewerkt in 9 kenmerkende beroepsactiviteiten.

Fase van de opleiding

Korte Episode Zorg is een thema dat voor een belangrijk deel in de eerste helft van het eerste jaar kan worden afgerond (het voeren van een consult, kba 1 t/m 6). In jaar 3 is er aandacht voor telefonische consulten (kba 7 en 8) en het superviseren van de assistente (kba 9).

Relatie tot andere thema's

De kenmerkende beroepsactiviteiten die zijn beschreven onder Korte Episode Zorg worden beschouwd als basisactiviteiten van de huisarts die binnen alle overige thema's ook kunnen worden gebruikt. N.B. Anders dan bij de overige thema's gaat het dus niet om activiteiten die uniek zijn voor Korte Episode Zorg.

Bronnen

Nog nader in te vullen

Kenmerkende beroepsactiviteiten

Kenmerkende beroepsactiviteit			
Trefwoord	Kenmerkende beroepsactiviteit	Omschrijving	Competentiegebieden
Voert een consult			
Consult-filteren	1. Schat de urgentie van de hulpvraag in en bepaalt de soort verrichting die noodzakelijk is (telefonisch consult, consult of visite).	✓ Maakt een inschatting van de hulpvraag en het soort verrichting of consult dat het gaat worden (tijdens het consult door de huisarts zelf of - voorafgaand aan het consult- door de assistente). ✓ Stelt vast dat het gaat om een korte episode klacht en maakt daarbij onderscheid ten opzichte van acute en chronische zorg. ✓ Doet dit op basis van kennis van de epidemiologie en ziektescripts/ziektepatronen. ✓ In het geval van een visite: gaat goed voorbereid op visite (bepaalt welke spullen nodig zijn), stemt vertrek af met overige praktijkmedewerkers (organisatie, bereikbaar zijn).	1. Medisch handelen 2. Communicatie 4. Organiseren 6. Kennis en wetenschap
Consult-basis	2. Verheldert de hulpvraag, neemt de anamnese af en voert onderzoek uit.	✓ Verheldert de hulpvraag. ✓ Neemt de anamnese af, gericht op de tractus - of deel daarvan - waar de hulpvraag of klacht over gaat. ✓ Voert lichamelijk onderzoek uit. ✓ Op basis van het bovenstaande: stelt een diagnose of komt tot een aangescherpte 'werkhypothese'. ✓ Besluit of aanvullende diagnostiek nodig is of dat naar 'behandeling en beleid' wordt doorgegaan. ✓ Toont respect en neemt de klacht serieus, kent eigen cognities.	1. Medisch handelen 2. Communicatie 7. Professionaliteit
Aanvullende diagnostiek	3. Voert aanvullende diagnostiek uit.	✓ Voert aanvullende diagnostiek uit in de eigen praktijk (bv urine onderzoek; ECG, CRP en het nemen van een biopt).	1. Medisch handelen 5. Maatschappelijk handelen

		✓ Laat aanvullende diagnostiek uitvoeren buiten de praktijk, maar wel in eigen beheer in ziekenhuis, diagnostisch centrum of huisartsenlab (bv röntgen, echo, uitgebreid lab). ✓ Vraagt gemotiveerd aanvullende diagnostiek aan (gebruikmakend van NHG-standaarden en alleen als het beleid hierdoor nog beïnvloed kan worden (kostenbewust).	6. Kennis en Wetenschap
Behandeling en beleid	4. Stelt de behandeling en het beleid in, informeert en adviseert.	✓ Stelt de prognose en therapie vast conform de richtlijnen. ✓ Voert therapeutische verrichtingen uit zoals therapeutische injecties en kleine chirurgische verrichtingen. ✓ Geeft begrijpelijke uitleg en voorlichting. ✓ Maakt gezamenlijk met de patiënt een gemotiveerde keuze uit de te volgen aanbevelingen (shared decision making). ✓ Stimuleert zelfmanagement als onderdeel van de behandeling en zorgt voor de randvoorwaarden. ✓ Stimuleert zelfzorg en begeleid hierbij (kennis over zelfzorg, bijv. middelen, betrouwbare websites).	1. Medisch handelen 2. Communicatie 5. Maatschappelijk handelen
Verslagleggen en coderen	5. Registreert en codeert.	✓ Legt gegevens vast (verslaglegging in HIS (ADEPD), ICPC coderen, bijhouden van de probleemlijst), om: continuïteit van zorg te bevorderen; informatie toegankelijk te maken voor onderzoek, statistiek en om eigen geleverde zorg te evalueren.	4. Organisatie 6. Kennis en wetenschap
Afsluiten episode	6. Sluit de episode af door de behandeling en het beleid te evalueren.	✓ Is kort en bondig over gemaakte afspraken. ✓ Evalueert de behandeling en het beleid. ✓ Past het beleid zo nodig aan (shared decision-making). ✓ Bespreekt de uitslagen van aanvullend lab onderzoek of röntgen. ✓ Evalueert niet-medicamenteuze adviezen. ✓ Bespreekt de prognose en verwachtingen.	1. Medisch handelen 2. Communicatie 7. Professionaliteit

Voert een telefonisch consult (of e-health consult)

Filteren en anamnese	7. Neemt de anamnese af aan de telefoon.	✓ Maakt duidelijk aan patiënten waar een telefonisch of e-health consult wel of niet geschikt voor is (organisatie, KNMG-richtlijn). ✓ Organiseert telefonische en e-health consulten (inplannen, tijd voor reserveren). ✓ Voert dezelfde beroepsactiviteiten uit als bij een regulier consult (zie onder 1 t/m 4), maar met twee beperkingen: geen mogelijkheid tot onderzoek en aanvullend onderzoek en uitvallen van non-verbale communicatie. Dit vraagt om vaker samenvatten, en vaker controleren of de patiënt het heeft begrepen. ✓ Besluit of het bij een telefonisch consult blijft, of dat de patiënt wordt uitgenodigd voor een consult op praktijk, of dat een visite noodzakelijk is.	1. Medisch handelen 2. Communicatie
Voorlichting en advies	8. Geeft telefonisch voorlichting en advies.	✓ Geeft telefonisch voorlichting en advies – in behapbare porties- en checkt of dit begrepen is en de patiënt dit uit kan voeren. ✓ Verwijst naar evidence-based voorlichtings- en adviesmateriaal voor arts en patiënt (bv. Thuisarts.nl). ✓ Draagt zorg voor vervolgbeleid. ✓ Spreekt duidelijk af wanneer de patiënt opnieuw contact moet opnemen. ✓ Werkt hierbij samen met de assistente, spreekt een taakverdeling af.	1. Medisch handelen 2. Communicatie 4. Organiseren
Superviseert de assistente			
Superviseren	9. Superviseert (telefonische) consulten van de assistente en geeft feedback.	✓ Superviseert tijdig de zelfzorgadviezen van de assistente. ✓ Geeft gericht feedback op door de assistente afgehandelde consulten. Het kan hier gaan om volledig zelfstandig afgehandelde consulten door de assistente (bijv. uwi, lage rugpijn, griep) of consulten die door de assistente worden afgehandeld na overleg met de aios/opleider. ✓ Organiseert de supervisie van de assistente. Aspecten van belang: korte lijnen/ laagdrempelige beschikbaarheid, heldere communicatie, samenwerking. ✓ Weet wat de assistente kan en niet kan. Maakt afspraken met de assistente over niveau van zelfstandig afhandelen van telefonische consulten (delegeren van taken). ✓ Organiseert en plant de supervisie van de telefonische consulten.	2. Communicatie 3. Samenwerken 4. Organiseren 6. Kennis en wetenschap

Suggesties fase van de opleiding								
Kenmerkende beroepsactiviteit	Competentiegebieden* Selectie van de meest exemplarische							Opleidingsfase Wanneer Toetsen/beoordelen/beheersen?
	1	2	3	4	5	6	7	
1. Schat de hulpvraag in en bepaalt de soort verrichting die noodzakelijk is (telefonisch consult, consult of visite).	+	+		+		+		Begin jaar 1
2. Verheldert de hulpvraag, neemt de anamnese af en voert onderzoek uit.	+	+					+	Jaar 1
3. Voert aanvullende diagnostiek uit.	+				+	+		Jaar 1 (praktijk), Jaar 3: (transmuraal)
4. Stelt de behandeling en het beleid in, informeert en adviseert.	+	+			+			Einde jaar 1; Jaar 3 (Shared decision making)
5. Registreert en codeert.				+		+		Begin jaar 1
6. Sluit de episode af door de behandeling en het beleid te evalueren.	+	+					+	Eind jaar 1
7. Neemt de anamnese af aan de telefoon.	+	+						Begin jaar 3
8. Geeft telefonisch voorlichting en advies.	+	+		+				Begin jaar 3
9. Superviseert (telefonische) consulten van de assistente en geeft feedback.		+	+	+		+		Eind jaar 3 (Aios hier een bepaalde periode verantwoordelijkheid voor geven.)

* 1. Medisch handelen 2. Communicatie, 3. Samenwerken, 4. Organiseren, 5. Maatschappelijk handelen, 6. Wetenschap en Onderwijs, 7. Professionaliteit

** Sommige transmurale diagnostiek (bv X thorax, echo buik) kan ook in 1e jaar al tot pakket aios behoren. Meer complexe diagnostiek (bv MRI, longfunctie etc) gaat meer richting 3e jaar

Thema Spoedeisende Zorg

Naar een Landelijk Opleidingsplan Huisartsgeneeskunde

Colofon

Expertgroep Spoedeisende Zorg

Frank Baarveld (vz), huisarts, coördinator Startclass, Huisartsopleiding Nederland

Gijs Elshout, huisarts

Paul Giesen, huisarts, onderzoeker en projectleider kwaliteit en veiligheid op huisartsenpost, RadboudUMC

Peter de Groof, huisarts, voorzitter Spoedpost Zuid-Kennemerland

Yvonne Guldemon-Hecker, huisarts, medisch directeur HOZL

Marinella Langendoen-Roel, ten tijde van het project hoofd huisartsopleiding LUMC

Marcel Reinders, Huisartsopleiding Nederland

Projectgroep Landelijk Opleidingsplan, Huisartsopleiding Nederland

Drs. Paul van de Vijver, huisarts, projectcoördinator

Drs. Kees van der Post, portefeuillehouder hoofden

Dr. Mirjam Nijveldt, onderwijskundige

Dr. Marcel Reinders, projectleider toetsing

Contact

E-mail: m.nijveldt@huisartsopleiding.nl; p.vdvijver@huisartsopleiding.nl

Tel: 030-2823460 (secretariaat)

Omschrijving van het thema

Spoedeisende zorg omvat zorg op de huisartsenpost, zorg voor spoedeisende aandoeningen in de huisartspraktijk (tijdens kantooruren), en zorg verleend op de klinische Eerste Hulp stage in het tweede jaar. Spoedzorg is een belangrijk onderdeel van het takenpakket van de huisarts (Toekomstvisie huisartsenzorg 2022: 7x24 uur zorg). De positie van de huisarts werkzaam op de spoedpost dient in afstemming met SEH afdelingen van ziekenhuizen te gebeuren, en vereist dus inzicht in de positie, taken en functies van huisartsgeneeskundige spoedzorg in de keten. Daarvoor is het NHG standpunt 2013 'Huisarts en Spoedzorg' voor de aios dé onderlegger.

De huisartsenpost is een complexe organisatie. Kennis van de belangrijkste procedures en werkafspraken op de eigen huisartsenpost is daarom een basisvereiste. Het verschil tussen spoedbeleving van de patiënt en de medische urgentie van de hulpvraag blijkt vaak groot. Toch ziet de huisarts binnen de spoedeisende geneeskunde doorgaans een grotere concentratie aan ernstiger en bedreigender aandoeningen dan in de huisartsenpraktijk, hetgeen meer risico's genereert en grote alertheid vraagt in de omgang met alarmsymptomen. In het klinisch redeneerproces in de spoedeisende hulpverlening speelt de inschatting van de toestand in termen van urgentie en triage dan ook een grotere rol dan het zuiver richten op de diagnose. Ook het vinden van de juiste balans tussen verwijzen naar het ziekenhuis dan wel thuis behandelen heeft hier direct mee te maken.

Relatie met andere thema's

Spoedeisende zorg heeft veel raakvlakken met andere thema's, zoals korte episode zorg, zorg voor ouderen, preventie, GGZ en palliatieve zorg. Het verschil tussen de spoedbeleving van de patiënt en de medische urgentie van zijn hulpvraag blijkt vaak groot. Extra aandacht behoeft de spoedzorg tijdens ANW voor kwetsbare groepen zoals terminale patiënten, chronisch zieken en ouderen met complexe problemen.

Bronnen

1. NHG Standpunt acute zorg (2013, september)
2. Nederlandse Triage Standaard (NTS)
3. NHG-Triagewijzer
4. Toekomstvisie huisartsgeneeskundige zorg (2022)
5. Leidraad voor het leren dienstdoen op de HAP (SBOH, 2009)

Kenmerkende beroepsactiviteiten

Kenmerkende beroepsactiviteit			
Trefwoord	Kenmerkende beroepsactiviteit	Omschrijving	Competentiegebieden
Kenmerkende beroepsactiviteiten consult- en visite arts			
Toestandsbeeld	1. Stelt het toestandsbeeld vast van een patiënt met acute ziektebeelden met behulp van de ABCDE systematiek en voert daarbij de noodzakelijke handelingen uit. .	✓ Betrekt bij het klinisch redeneren de urgentie en het toestandsbeeld, in plaats van alleen diagnose-gericht te denken. ✓ Verheldert de acute zorgvraag, inclusief psychiatrische en psychosociale crisissituaties, bij over het algemeen onbekende patiënten, zonder toegang tot aanvullende informatie (inzage HIS). ✓ Toont potentieel bedreigende ziekten en aandoeningen aan, of sluit deze uit; betreft hierbij het verschil in prevalentie, incidentie en a priori kans van spoedeisende zaken in de praktijk, op de post, ambulancezorg en SEH. ✓ Gaat op professionele wijze om met emoties, angst en ongerustheid, met oog voor ieders veiligheid.	1. Medisch handelen 2. Communicatie 3. Samenwerken 4. Organiseren 6. Kennis en wetenschap
Urgentie	2. Handelt getrieerde consulten en visites naar urgentie af.	✓ Handelt getrieerde consulten en visites naar urgentie af, met een snelle inschatting: is dit spoed of niet. ✓ Betrekt hierbij de richtlijnen van de VHN branche en de IGZ normen inzake hoe snel een patiënt geholpen dient te worden. ✓ Communiqueert doelgericht in spoedeisende crisissituaties, waaronder psychiatrische en psychosociale crisissituaties.	1. Medisch handelen 2. Communicatie 4. Organiseren 5. Maatschappelijk handelen 6. Kennis en wetenschap
Registratie en overdracht	3. Legt bevindingen, diagnose en beleid vast en draagt deze helder over.	✓ Legt bevindingen, diagnose en beleid vast en draagt deze helder over aan collega's op de post, eigen huisarts, ambulancedienst, SEH arts en specialist, crisisdienst GGZ, en thuiszorg. ✓ Werkt samen met ambulanceverpleegkundigen en collega's op basis van overeenkomstige methodiek (ABCDE) en richtlijnen (zoals bij pijn op de borst, CVA etc.).	1. Medisch handelen 2. Communicatie 4. Organiseren 7. Professionaliteit

Supervisie	4. Superviseert gedelegeerde taken.	✓ Werkt in teamverband met vaak onbekende medewerkers, geeft leiding, delegeert taken, superviseert, en geeft en ontvangt feedback. ✓ Ondersteunt en staat voor vragen van collega's en medewerkers.	1. Medisch handelen 2. Communicatie 3. Samenwerken 7. Professionaliteit
Patiëntveiligheid	5. Rapporteert voorkomende incidenten en analyseert deze op verbeterpunten in de acute zorgverlening.	✓ Draagt bij aan de patiëntveiligheid en de kwaliteit van zorg door het analyseren en rapporteren van 'Veilig Incident Melden.'	1. Medisch handelen 2. Communicatie 3. Samenwerken 7. Professionaliteit
Tijdbewaking	6. Bewaakt de vlotte afhandeling van de patiëntenstroom met als doel veilige, doelmatige en overbruggende zorg.	✓ Hanteert de wisselende werkdruk op basis van stressbestendigheid, overzicht, doelmatige consultvoering, en het scheiden van hoofd en bijzaken. Handelt direct af wat spoed is, en zet overbruggende zorg in voor wat bij de eigen huisarts behoort. ✓ Voert voldoende werktempo om veilige en doelmatige zorg te bieden, bewaakt daarbij de persoonlijke professionele grenzen.	1. Medisch handelen 2. Communicatie 3. Samenwerken 5. Maatschappelijk handelen
Organisatie	7. Bepaalt het medisch beleid in samenwerking met andere (para)medische hulpverleners en mantelzorgers.	✓ Onderbouwt beleid ten aanzien van het insturen voor behandeling in het ziekenhuis, dan wel thuisbehandeling met inschakeling van andere (para) medische hulpverleners en mantelzorgers. ✓ Instrueert mantelzorgers /aanwezigen in de thuissituatie. ✓ Maakt gebruik van de andere disciplines in de spoedeisende zorgverlening; verwijst, delegeert en werkt planmatig samen op basis van de regionale medisch -sociale kaart 'spoedzorg.' ✓ Gebruikt de medische uitrusting in de praktijk, op de post of de dienstauto.	1. Medisch handelen 2. Communicatie 3. Samenwerken 4. Organiseren
Visites	8. Handelt visites af conform de regelgeving ten aanzien van spoedritten.	✓ Hanteert de juiste balans tussen een veilige en doelmatige inzet van zorg in verhouding tot de kosten en de belasting van het systeem.	1. Medisch handelen 2. Communicatie 4. Organiseren 5. Maatschappelijk handelen

Kenmerkende beroepsactiviteiten telefoonarts

Triage telefonisch	9. Trieert telefonisch, stelt de urgentie vast, bepaalt het medisch beleid en geeft instructies in begrijpelijke taal.	✓ Bouwt voldoende veiligheidscontroles in (bijv. patiënt terug laten bellen, doorvragen, autoriseren), gezien het ontbreken van non-verbale communicatie en het niet kunnen verrichten van lichamelijk onderzoek. ✓ Legt uit in begrijpelijke taal. ✓ Gaat om met moeilijke situaties, beheerst conflicten. ✓ Trieert door de triagiste overgenomen acute zorgvragen op urgentie, en zet de bijbehorende hulpverlening in (consult, visite, ambulancedienst), middels een heldere overdracht van gegevens.	1. Medisch handelen 2. Communicatie 3. Samenwerken 4. Organiseren
Autorisatie	10. Autoriseert binnen de tijdsnorm het handelen van de triage assistent.	✓ Geeft feedback aan de assistente, past door de assistente verstrekte adviezen zo nodig aan. ✓ Verzamelt zo nodig aanvullende informatie (bij triagiste, patiënt, verpleegkundige, extern dossier); en geeft gerichte feedback aan de triagiste.	1. Medisch handelen 2. Communicatie 3. Samenwerken 4. Organiseren 7. Professionaliteit
Leiderschap, aanspreekpunt	11. Fungeert als eerste aanspreekpunt voor SEH, ambulance, apotheek, GGZ, thuiszorg en politie.	✓ Bewaakt het overzicht, integreert informatie vanuit verschillende standpunten, en draagt op professionele wijze uit wat de rol van de huisarts (de spoedpost) is.	1. Medisch handelen 2. Communicatie 4. Organiseren 7. Professionaliteit

Suggesties fase van de opleiding								
Kenmerkende beroepsactiviteit	Competentiegebieden* Selectie van de meest exemplarische							Opleidingsfase Wanneer Toetsen/beoordelen/ beheersen?
	1	2	3	4	5	6	7	
1. Stelt het toestandsbeeld vast van een patiënt met acute ziektebeelden met behulp van de ABCDE systematiek en voert daarbij de noodzakelijke handelingen uit.	+	+	+	+		+		Jaar 1, 2 (na STARTclass)
2. Handelt getrieerde consulten en visites naar urgentie af.	+	+		+	+	+		Eind jaar 1, midden jaar 3
3. Legt bevindingen, diagnose en beleid vast en draagt deze helder over.	+	+		+			+	Eind jaar 1
4. Superviseert gedelegeerde taken.	+	+	+				+	Jaar 3
5. Rapporteert voorkomende incidenten en analyseert deze op verbeterpunten in de acute zorgverlening.	+	+	+				+	Jaar 3
6. Bewaakt de vlotte afhandeling van de patiëntenstroom met als doel veilige, doelmatige en overbruggende zorg.	+	+	+		+			Eind jaar 1, Jaar 3
7. Organiseert het medisch beleid in samenwerking met andere (para) medische hulpverleners en mantelzorgers.	+	+	+	+				Jaar 3
8. Handelt visites af conform de regelgeving ten aanzien van spoedritten.	+	+		+	+			Jaar 3
9. Trieert telefonisch, stelt de urgentie vast, bepaalt het medisch beleid en geeft instructies in begrijpelijke taal.	+	+	+	+				Jaar 3
10. Autoriseert binnen de tijdsnorm het handelen van de triage assistent.	+	+	+	+			+	Begin jaar 3
11. Fungeert als eerste aanspreekpunt voor SEH, ambulance, apotheek, GGZ, thuiszorg en politie.	+	+		+			+	Jaar 3

* 1. Medisch handelen 2. Communicatie, 3. Samenwerken, 4. Organiseren, 5. Maatschappelijk handelen, 6. Wetenschap en Onderwijs, 7. Professionaliteit

Thema Chronische Zorg

Naar een Landelijk Opleidingsplan Huisartsgeneeskunde

Colofon

Expertgroep Chronische Zorg

Dr. Jean Muris (voorzitter), huisarts, hoofd huisartsopleiding Maastricht

Drs. Marie-Anne van Alphen, huisarts, recent de huisartsopleiding afgerond

Drs. Meike Bruinsma, huisarts, docent huisartsopleiding UMCG

Dr. Pieter van den Hombergh, lid Huisartsopleiders-team, huisartsopleiding AMC-UVA

Dr. Bart Thoonen, huisarts, coördinator kaderopleiding astma/COPD, VoHA, RadboudUMC

Projectgroep Landelijk Opleidingsplan, Huisartsopleiding Nederland

Drs. Paul van de Vijver, huisarts, projectcoördinator

Drs. Kees van der Post, portefeuillehouder hoofden

Dr. Mirjam Nijveldt, onderwijskundige

Dr. Marcel Reinders, projectleider toetsing

Contact

E-mail: m.nijveldt@huisartsopleiding.nl; p.vdvijver@huisartsopleiding.nl

Tel: 030-2823460 (secretariaat)

Omschrijving van het thema

Kenmerkend voor de huisartsgeneeskundige zorg voor chronisch zieken, wat betreft aandoeningen als diabetes, astma/COPD en secundaire preventie van hart- en vaatziekten, is dat deze veelal geprotocolleerd gegeven wordt en is georganiseerd volgens richtlijnen van een zorggroep. Er zijn echter ook ziekten in de eerste lijn waar principes van chronische zorg gelden (i.e., continue behandelrelatie en continuïteit in beleid), maar die niet middels ketenzorg worden uitgevoerd. Dit geldt voor oncologische ziekten, reumatoïde artritis, artrose, atriumfibrilleren, hartfalen, chronische rugpijn en neurologische aandoeningen zoals de ziekte van Parkinson. Ook andere, hier niet specifiek genoemde ziekten, zoals zeldzame ziekten, kunnen vallen onder chronische zorg; voorbeelden zijn spierziekten zoals ALS, of metabole aandoeningen. In de toekomstvisie 2022 wordt het belang van chronische zorg als volgt verwoord: “Complexe ouderenzorg, samenhangende chronische zorg, GGZ, oncologische nazorg en palliatieve zorg vormen een essentieel onderdeel van de huisartsenzorg”.

Te voorziene ontwikkeling

Het beroep dat op de huisarts gedaan wordt zal toenemen vanwege enerzijds het ouder worden van de populatie, anderzijds verschuiving van zorg van de tweede naar de eerste lijn. Om deze toegenomen zorgvraag het hoofd te bieden zal meer de nadruk komen te liggen op zelfmanagement, zorg op maat en toepassen van innovatieve methoden (o.a. E-health).

Chronische Zorg in de huisartsopleiding

In het onderwijs wordt de rol van de huisarts in het leveren van chronische zorg benadrukt, bij uitstek passend bij een generalistische, persoonsgerichte benadering van de patiënt en continuïteit van zorg. Het eerste jaar van de opleiding bevat de competentieontwikkeling van aios in het diagnosticeren van chronische ziekten, het instellen van de behandeling en een oriëntatie op de benodigde organisatie in de opleidingspraktijk. In het tweede jaar verwerft de aios competenties in de intramurale zorgverlening (verpleeghuis, revalidatiecentrum) voor chronisch zieken en de samenwerking hierin. Competentieontwikkeling in diseasemanagement bij chronisch zieken, de organisatie en financiering van de zorg vindt plaats in het laatste jaar van de opleiding.

Relatie tot andere thema's

Het thema Chronische Zorg overlapt met een aantal andere thema's, namelijk 'Preventie', GGZ ('Zorg voor patiënten met psychosociale en psychiatrische klachten en aandoeningen') en 'Zorg voor Ouderen'. Enkele beroepsactiviteiten zijn nader uitgewerkt onder deze thema's, zoals activiteiten gericht op (individuele) preventie van een chronische ziekte.

Bronnen

1. Toekomstvisie Huisartsenzorg 2022, LHV-NHG, 2012
2. Aanbod huisartsgeneeskundige zorg 2009. Utrecht, LHV, 2009
3. Ontwikkelopdracht Landelijke cursus Chronische Ziekte en management, Huisartsopleiding Nederland, 2011
4. Nationaal Plan Zeldzame Ziekten, ZonMw, 2013

Kenmerkende beroepsactiviteiten

Kenmerkende beroepsactiviteit			
Trefwoord	Kenmerkende beroepsactiviteit	Omschrijving	Competentiegebieden
Deelthema 1: Geprotocolleerde zorg			
Diabetes, hart- en vaatziekten, astma/COPD	1. Behandelt, controleert en organiseert de zorg voor patiënten met diabetes, hart- en vaatziekten en astma/COPD.	✓ Behandelt en controleert patiënten in relatie met andere risicofactoren, zoals bloeddrukwaarden, lipidspectrum, roken en lichaamsbeweging; ✓ Verricht controles en baseert zich hierbij wat frequentie, inhoud en behandeling betreft op de geldende (Zorg) Standaarden; ✓ Organiseert de zorg in de praktijk en/of sluit zich aan bij een zorggroep in de eerste lijn (ketenzorg); ✓ Verwijst naar de tweede lijn bij diagnostische problemen, niet bereiken van de streefwaarden of op verzoek van de patiënt; ✓ Bepaalt of de patiënt het meest gebaat is bij geprotocolleerde zorg bij praktijkondersteuner of assistente, of begeleid wordt door de huisarts zelf i.v.m. complexiteit en/of co-morbiditeit; ✓ Geeft op de patiënt gerichte voorlichting en hanteert gesprekstechnieken voor gedragsverandering zoals motiverende gesprekstechnieken, cognitieve gedragstherapie (bijv. in kader therapietrouw, leefstijladvisering, roken).	1. Medisch handelen 3. Samenwerken 4. Organiseren 6. Wetenschap en onderwijs
Registratie	2. Registreert, deelt data met medebehandelaars en stelt beleid bij.	✓ Registreert verkregen data in HIS/KIS volgens de ADEPD richtlijn en deelt waar nodig deze data met andere medebehandelaars; ✓ Bewaakt de ziekte-specifieke parameters in het HIS en stelt het beleid bij volgens actuele richtlijnen; ✓ Verricht extracties van relevante data uit het HIS en bepaalt op basis van spiegelinformatie of de verleende zorg moet worden verbeterd.	1. Medisch handelen 4. Organiseren 6. Wetenschap en onderwijs
Samenwerking in praktijk	3. Begeleidt en evalueert de zorg verleend door assistente en POH.	✓ Begeleidt en coacht de praktijkondersteuner (POH) en assistente die gedelegeerde taken uitvoeren;	3. Samenwerking 4. Organiseren

		✓ Voert de regie over de zorgverlening vanuit de medische eindverantwoordelijkheid en superviseert de gedelegeerde taken.	6. Wetenschap en onderwijs
Deelthema 2: Niet geprotocolleerde zorg			
Stelt diagnose chronische ziekte	4. Markeert het moment dat er sprake is van een chronische ziekte, die behandeling en controle behoeft.	✓ Behandelt op grond van richtlijnen en bepaalt of de benodigde controles in de eerste lijn kunnen plaatsvinden; ✓ Bespreekt wat de gevolgen van de ziekte op lange termijn kunnen zijn; ✓ Bepaalt in overleg met de patiënt wanneer verwijzing naar de tweede lijn geïndiceerd is.	1. Medisch handelen 3. Samenwerken 4. Organiseren
Nazorg	5. Verleent en organiseert zorg na ontslag uit het ziekenhuis.	✓ Verleent gestructureerde nazorg aan patiënten met een chronische aandoening die uit specialistische controle zijn ontslagen; ✓ Bepaalt wat de eigen taak is en maakt afspraken met andere zorgverleners; ✓ Maakt afspraken met de tweede lijn over het hoofdbehandelaarschap of gedeelde zorg.	1. Medisch handelen 4. Organiseren
Deelthema 3: Algemeen			
Zeldzame ziekten	6. Behandelt en begeleidt patiënten met zeldzame ziekten.	✓ Maakt gebruik van de patiënt als informatiedrager als de diagnose in de tweede lijn is gesteld en de behandeling daar plaatsvindt; ✓ Betreft de kennis die de patiënt over zijn/haar ziekte heeft expliciet bij de behandeling van intercurrente ziekten.	1. Medisch handelen 2. Communicatie 7. Professionaliteit
Gezamenlijke besluitvorming	7. Kiest - bij conflicterende behandelingsrichtlijnen - samen met de patiënt de meest passende behandeling.	✓ Maakt in geval van conflicterende richtlijnen (o.a. bij co-morbiditeit) gezamenlijk met de patiënt een gemotiveerde keuze uit de te volgen aanbevelingen (shared decision making); ✓ Stimuleert zelfmanagement als onderdeel van de behandeling, zorgt voor de randvoorwaarden en schakelt de POH in.	1. Medisch handelen 2. Communicatie 5. Maatschappelijk handelen 7. Professionaliteit
Communicatie (ICT)	8. Maakt gebruik van moderne communicatie-technieken.	✓ Maakt waar mogelijk gebruik van moderne c.q. innovatieve technieken om te communiceren met patiënt en andere zorgaanbieders (e consult, telemonitoring, internettoepassingen); ✓ Ondersteunt zelfmanagement.	2. Communicatie 4. Organiseren 5. Maatschappelijk handelen

Suggesties fase van de opleiding								
Kenmerkende beroepsactiviteit	Competentiegebieden* Selectie van de meest exemplarische							Opleidingsfase Wanneer Toetsen/beoordelen/beheersen?
	1	2	3	4	5	6	7	
1. Behandelt, controleert en organiseert de zorg voor patiënten met diabetes, HVZ en astma/COPD.	+		+	+		+		Einde jaar 1, jaar 3
2. Registreert, deelt data met medebehandelaars en stelt beleid bij.	+			+		+		Einde jaar 1, jaar 3
3. Begeleidt en evalueert de zorg verleend door assistente en POH.			+	+		+		Jaar 3
4. Markeert het moment dat er sprake is van een chronische ziekte, die behandeling en controle behoeft.	+		+	+				Jaar 1
5. Verleent en organiseert zorg na ontslag uit het ziekenhuis.	+			+				Jaar 1
6. Behandelt en begeleidt patiënten met zeldzame ziekten.	+	+					+	Gehele opleiding
7. Kiest-bij conflicterende richtlijnen-samen met de patiënt de meest passende behandeling.	+	+			+		+	Jaar 3
8. Maakt gebruik van moderne technieken.		+		+	+			Jaar 3

* 1. Medisch handelen 2. Communicatie, 3. Samenwerken, 4. Organiseren, 5. Maatschappelijk handelen, 6. Wetenschap en Onderwijs, 7. Professionaliteit

Thema Zorgen voor ouderen met complexe problematiek

Naar een Landelijk Opleidingsplan Huisartsgeneeskunde

Colofon

Expertgroep Zorg voor ouderen met complexe problemen

Prof. Dr. Jacobijn Gussekloo (voorzitter), hoogleraar eerstelijns geneeskunde LUMC

Dr. Ben Bottema, huisarts, hoofd huisartsopleiding Radboudumc

Drs. Jolijn de Graaff, huisarts, huisartsopleider

Drs. Sonja Hanedoes, huisarts, SCEN-arts, docent Erasmus MC

Drs. Lida de Jong, kaderhuisarts ouderengeneeskunde, docent AMC

Prof. Dr. François Schellevis, hoogleraar huisartsgeneeskunde, NIVEL, VUmc

Drs. Paul van de Vijver (eindredactie)

Projectgroep Landelijk Opleidingsplan, Huisartsopleiding Nederland

Drs. Paul van de Vijver, huisarts, projectcoördinator

Drs. Kees van der Post, portefeuillehouder hoofden

Dr. Mirjam Nijveldt, onderwijskundige

Dr. Marcel Reinders, projectleider toetsing

Contact

E-mail: m.nijveldt@huisartsopleiding.nl; p.vdvijver@huisartsopleiding.nl

Tel: 030-2823460 (secretariaat)

Omschrijving van het thema

Ouderen met complexe problematiek (in het vervolg: 'ouderen' genoemd) hebben problemen op meerdere domeinen van de gezondheid (fysiek, functioneel, psychisch en/of sociaal) die elkaar negatief beïnvloeden. Het NHG Standpunt gaat ervan uit dat 5-8% van de ouderen boven de 65 tot de ouderen met complexe problematiek gerekend kan worden. Dit percentage stijgt met de leeftijd. Het KNMG standpunt stelt dat 14,5% van de mannen en 20,7% van de vrouwen tot de kwetsbare ouderen behoort. De KNMG hanteert de term kwetsbare ouderen, die hier verder niet gebruikt zal worden. In elk geval betreft de groep ouderen waar het in dit thema over gaat slechts een beperkt deel van alle 65 plussers.

Zorg voor ouderen met complexe problematiek in de huisartsopleiding

De zorg voor ouderen is gerelateerd aan herstel of behoud van het (zelfstandig) functioneren. De wensen van de patiënt geven hierbij de doorslag. De uitdaging is om deze ouderen te herkennen, een gezamenlijk gedragen behandelplan vast te stellen en andere hulpverleners binnen en buiten de praktijk hierbij te betrekken. Bij deze ouderen is een proactieve houding nodig. Belangrijke aandachtspunten voor de huisarts zijn verder voldoende tijd nemen, betrekken van de oudere bij het stellen van prioriteiten, polyfarmacie, het voorkomen van overbehandeling en alertheid op onderbehandeling. Om deze taken uit te voeren dient de huisarts de processen van veroudering te kennen die leiden tot een functionele achteruitgang en heeft hij oog voor de variatie en diversiteit onder ouderen.

Organisatie

Het aantal ouderen neemt toe en de zorg verschuift steeds meer naar de eerste lijn, o.a. omdat ouderen langer thuis blijven wonen. De lokale overheid krijgt een prominentere rol in de organisatie van de zorg voor ouderen – deze rol is volop in ontwikkeling waardoor deze voor de huisarts nog niet altijd duidelijk is. De huisarts zal het initiatief moeten nemen om de zorg goed te regelen, dit betekent ook: weten wat van de lokale overheid verwacht kan worden en zo nodig invloed uitoefenen.

Bronnen

1. NHG Standpunt Huisartsenzorg voor ouderen met complexe problematiek (2007)
2. KNMG Standpunt Sterke zorg voor kwetsbare ouderen (KNMG 2010)
3. Praktijkwijzer NHG
4. Zorgplan – functionele diagnostiek (LAEGO- kaderopleiding Ouderen)
5. Multidisciplinaire richtlijn Polyfarmacie bij ouderen (2012)

Kenmerkende beroepsactiviteiten

Kenmerkende beroepsactiviteit			
Trefwoord	Kenmerkende beroepsactiviteit	Omschrijving	Competentiegebieden
Deelthema 1: Zorg, individueel			
Vaststellen	1. Stelt vast of er sprake is van complexe problematiek.	✓ Stelt vast of problemen op meerdere domeinen van de gezondheid (fysiek, functioneel, psychisch en/of sociaal) elkaar negatief beïnvloeden. ✓ Onderbouwt dit op basis van een eerste beoordeling van (elementen uit) de SFMPC en maakt ook gebruik van minder objectieve inschattingen als het “niet pluis gevoel.” ✓ Realiseert zich dat bij complexe problematiek een proactieve aanpak gewenst is.	1. Medisch handelen 2. Communicatie 6. Wetenschap en onderwijs
Behandelplan	2. Stelt in samenspraak met de patiënt een behandelplan vast.	✓ Stelt bij het vaststellen van het behandelplan de wens van de patiënt centraal: de patiënt kan een ander behandeldoel hebben dan de arts. ✓ Stelt het behandelplan vast op basis (van elementen uit) SFMPC en legt de nadruk op behoud, resp. verbeteren van functioneren en zelfredzaamheid. Stelt bij tegenstrijdige of ontbrekende richtlijnen voor de behandeling van aandoeningen samen met de patiënt prioriteiten. ✓ Stelt het behandelplan periodiek bij. ✓ Houdt in de communicatie met de patiënt rekening met beperkingen van cognitieve en sensorische aard.	1. Medisch handelen 2. Communicatie 7. Professionaliteit
Intercurrente ziekten	3. Behandelt intercurrente ziekten in samenhang met de bestaande (complexe) problematiek.	✓ Houdt rekening met de invloed die een intercurrente ziekte kan hebben op andere aspecten van de gezondheid en het functioneren (bijvoorbeeld bij hartfalen)	1. Medisch handelen 4. Organisatie 6. Wetenschap en onderwijs
Afgewogen keuzes	4. Bespreekt vroegtijdig de keuzes in aanvullende	✓ Legt behandelwens en eventueel behandelverbod in het HIS vast en brengt dit regelmatig ter sprake.	1. Medisch handelen 2. Communicatie

	diagnostiek en/of behandeling rekening houdend met persoonlijke wensen en levensverwachting.	✓ Begeleidt de patiënt in het maken van afgewogen keuzes m.b.t. het ondergaan van nadere diagnostiek en-of behandeling en betreft hierin de persoonlijke wensen, de prognose van de aandoening(en) en de levensverwachting. ✓ Past “advance care planning” toe	5. Maatschappelijk handelen 6. Wetenschap en onderwijs
Afstemming	5. Stemt taken bij de zorg voor ouderen af met andere bij de patiënt betrokken hulpverleners.	✓ Overlegt en werkt samen met praktijkondersteuner, fysiotherapeut, apotheker, ergotherapeut en specialist ouderengeneeskunde en kent hun competenties. Dit geldt ook voor op dit moment nog minder bekende zorgverleners, van wie het takenpakket nog niet duidelijk afgebakend is, zoals de casemanager en de rol van de SO in eerste lijn.	3. Samenwerking 4. Organisatie 5. Maatschappelijk handelen
Deelthema 2: Zorg op praktijkpopulatie niveau			
Zorgbehoefte	6. Bepaalt periodiek de zorgbehoefte van de ouderen in de praktijk (door screening en/of casefinding) en past het zorgaanbod daar waar mogelijk op aan	✓ Onderbouwt de keuze voor en de organisatie van screening en/of casefinding zoveel mogelijk op wetenschappelijke inzichten. ✓ Richt de praktijk zodanig in, dat signalen van verminderd (cognitief) functioneren worden herkend, genoteerd en besproken met andere praktijkmedewerkers ✓ Organiseert de praktijk zodanig dat aanwezigheid van complexe problematiek bij ouderen geïnventariseerd en vastgelegd is. ✓ Bepaalt welke rol de praktijk heeft t.o.v. andere zorgverleners in de zorg voor ouderen.	4. Organisatie 5. Maatschappelijk handelen 6. Wetenschap en onderwijs 7. Professionaliteit
Veiligheid	7. Verbetert en bewaakt de veiligheid van de ouderenzorg in de praktijk, door onder meer periodieke medicatiereviews en valpreventieprogramma's.	✓ Past criteria voor patiëntveiligheid toe (vanuit inspectie). ✓ Houdt bij het voorschrijven van medicatie rekening met de grotere kans op schadelijke effecten van medicatie, betreft hierin de richtlijn polyfarmacie bij ouderen en gebruikt de Start- en stopcriteria. ✓ Besteedt aandacht aan valpreventie, beperkte mobiliteit, verminderde kracht en zintuiglijke beperkingen (bijv. losse kledjes, gebrekkige verlichting) ✓ Beschikt over een actuele sociale kaart m.b.t. zorg voor ouderen.	3. Samenwerking 5. Maatschappelijk handelen 6. Wetenschap en onderwijs 7. Professionaliteit

Deelthema 3: Organisatie van de zorg op wijkniveau

Wijk	8. Bepaalt welk aandeel de huisartsvoorziening heeft in de zorg voor ouderen en stemt dit af met andere verantwoordelijken in deze zorg zoals de Gemeente (WMO).	✓ Is betrokken bij de zorg voor ouderen in de wijk en communiceert dit met relevante partijen. ✓ Heeft inzicht in en kennis van wet- en regelgeving en financiering van de zorg voor ouderen. ✓ Onderhoudt het contact met de gemeente (WMO) en kan patiënten informeren over “wat waar te halen”.	3. Samenwerking 4. Organisatie 5. Maatschappelijk handelen
------	--	--	--

Suggesties fase van de opleiding								
Kenmerkende beroepsactiviteit	Competentiegebieden* Selectie van de meest exemplarische							Opleidingsfase Wanneer Toetsen/beoordelen/ beheersen?
	1	2	3	4	5	6	7	
1. Stelt vast of er sprake is van complexe problematiek.	+	+				+		Jaar 2, jaar 3
2. Stelt in samenspraak met de patiënt een behandelplan vast.	+	+					+	Jaar 2 Jaar 3, eerste helft
3. Behandelt intercurrente ziekten in samenhang met bestaande (complexe) problematiek.	+			+		+		Jaar 2 Jaar 3
4. Bespreekt vroegtijdig de keuzes in aanvullende diagnostiek en/of behandeling rekening houdend met persoonlijke wensen en levensverwachting.	+	+			+	+		Jaar 2 Jaar 3
5. Stemt taken bij de zorg voor ouderen af met andere bij de patiënt betrokken hulpverleners.			+	+	+			Jaar 2 Jaar 3
6. Bepaalt periodiek de zorgbehoefte van de ouderen in de praktijk (door screening en/of casefinding) en past het zorgaanbod daar waar mogelijk op aan.				+	+	+	+	Jaar 3
7. Verbetert en bewaakt de veiligheid van de ouderenzorg in de praktijk, door onder meer periodieke medicatiereviews en valpreventieprogramma's.			+		+	+	+	Jaar 2 Jaar 3
8. Bepaalt welk aandeel de huisartsvoorziening heeft in de zorg voor ouderen en stemt dit af met andere verantwoordelijken in deze zorg zoals de Gemeente (WMO).			+	+	+			Jaar 2 Jaar 3

* 1. Medisch handelen 2. Communicatie, 3. Samenwerken, 4. Organiseren, 5. Maatschappelijk handelen, 6. Wetenschap en Onderwijs, 7. Professionaliteit

Thema Zorgen voor het kind

Naar een Landelijk Opleidingsplan Huisartsgeneeskunde

Colofon

Expertgroep Zorg voor het kind

Prof. dr. Marjolein Berger, Hoogleraar Huisartsgeneeskunde, UMCG

Drs. Gijs Elshout, huisarts, onderzoeker, Erasmus MC

Dr. Marjolein Krul, huisarts, junior HAB, Huisartsopleiding Erasmus MC

Drs. Tineke Polman, huisarts, HAB Huisartsopleiding UMCG

Drs. Lili van Rhijn, huisarts, huisartsopleider, HAB, Huisartsopleiding VUmc

Drs. Teun Tanja, huisarts, HAB, Huisartsopleiding UMCG

Projectgroep Landelijk Opleidingsplan, Huisartsopleiding Nederland

Drs. Paul van de Vijver, huisarts, projectcoördinator

Drs. Kees van der Post, portefeuillehouder hoofden

Dr. Mirjam Nijveldt, onderwijskundige

Dr. Marcel Reinders, projectleider toetsing

Contact

E-mail: m.nijveldt@huisartsopleiding.nl; p.vdvijver@huisartsopleiding.nl

Tel: 030-2823460 (secretariaat)

Omschrijving van het thema

Kinderen zijn geen kleine volwassenen. Ontwikkeling en groei hebben invloed op het voorkomen van ziekte, de prognose van ziekte en het effect van behandeling. Een kind neemt zelden zelf het initiatief om naar de huisarts te gaan. Dat betekent dat de huisarts tijdens een consult zowel de ouder/verzorger als het kind betreft. Rechten, plichten en verantwoordelijkheden wisselen in een dergelijke driehoeksverhouding. In de communicatie met het kind houdt de huisarts rekening met de ontwikkelingsfase van het kind. Kortom, het signaleren, diagnosticeren en behandelen (inclusief het geven van uitleg en advies) van klachten van kinderen vraagt om specifieke kennis op medisch, psychosociaal, medisch-ethisch en opvoedkundig gebied.

De huisarts als medisch expert

Ook bij kinderen omvat korte episode zorg (in maximaal drie consulten kan diagnostiek, behandeling en aanvullend beleid worden afgerond) het grootste deel van de zorg door de huisarts geleverd. De zorgvraag betreft voornamelijk lichamelijke klachten en aandoeningen of lichte opvoedkundige problematiek. Adolescenten hebben duidelijk andere redenen om hun huisarts te bezoeken dan kinderen van andere leeftijden. Om te beginnen komen ze veel minder vaak en als ze komen betreft het relatief meer psychosociale problematiek. Bijna een kwart van de adolescenten geeft aan wel eens voor een psychische klacht hulp te hebben gezocht bij hun huisarts. Daarnaast consulteren steeds meer (ouders van) kinderen met gedragsproblemen de huisarts. Diagnosestelling en behandeling van gedragsproblemen, stemmingsklachten en angst worden vaak door verschillende hulpverleners uitgevoerd. Een duidelijk behandelplan is niet altijd bekend bij de huisarts.

De huisarts als gezondheidsbevoorderaar

Kinderen en jongeren hebben in toenemende mate een risicovolle, ongezonde leefstijl. De meest in het oog springende ontwikkeling is het toenemende percentage kinderen met overgewicht, obesitas en diabetes. In 2011 hadden 606 duizend (= 15%) kinderen en jongeren tussen de 2 en 25 jaar last van overgewicht. Bij 12 procent van de jongeren gaat het om matig overgewicht en bij ruim 3 procent om obesitas.

Bij kinderen met overgewicht wordt van de huisarts een actieve rol in preventie verwacht. De huisarts signaleert overgewicht, maakt het bespreekbaar en begeleidt leefstijl veranderingen. Dit vereist een andere aanpak en attitude dan 'ziekte-gericht' werken volgens het consult model. Overgewicht van een kind is daarbij vaak gerelateerd aan leefstijl en overgewicht van een heel gezin. Ouders/verzorgers zullen (ook) aangesproken moeten worden op hun leefstijl om leefstijl interventies bij kinderen mogelijk te maken. Een bijkomend probleem is dat pubers en adolescenten vaak niet worden bereikt door de huisarts (en andere hulpverleners) en daardoor moeilijk zijn aan te zetten tot verandering van leefstijl.

Kindermishandeling en misbruik kunnen worden voorkomen door risicovolle situaties in de leefomgeving van het kind tijdig te herkennen. De huisarts is in de positie om psychosociale problematiek bij kinderen en hun gezin te signaleren, bespreekbaar te maken en te begeleiden. Ook hier zal samenwerking met andere hulpverleners steeds belangrijker worden. Meer nog dan bij volwassenen vereist preventie opbouw van een netwerk en veel samenwerking, waarbij de wijk een belangrijk oriëntatiepunt is.

Toekomstige ontwikkelingen

Doordat de prevalentie van ernstige bacteriële infecties afneemt komt de huisarts minder in aanraking met ernstige zieke kinderen en wordt het herkennen van alarmsignalen moeilijker. Huisartsen kunnen zich onzeker voelen. Dit kan gevolgen hebben voor beleid (meer diagnostiek, verwijzingen).

Met de komst van de nieuwe wet Jeugdzorg wordt veel meer nadruk gelegd op samenwerking met andere hulpverleners in de psychosociale en opvoedkundige zorg. Daarbij krijgt de huisarts de keuze om ook diagnostiek en behandeling van gedragsstoornissen aan te bieden vanuit de huisartsvoorziening. Deze ontwikkelingen vragen om huisartsen die psychosociale problemen kunnen signaleren, analyseren en bespreekbaar maken in samenwerking met andere partners als school, jeugdartsen en psychologen. Omdat psychosociale problematiek bij kinderen meestal nauw samenhangt met psychosociale problematiek in hun omgeving zal de huisarts zich moeten informeren over deze problematiek binnen het sociale systeem van het kind.

Referenties

1. NHG-Standpunt Huisartsenzorg en Jeugd 2008
2. Berger MY, Reijneveld SA. Jeugdgezondheidszorg, huisarts en kinderarts: samen is slimmer in de zorg voor het obese kind. Tijdsch Kindergeneeskde 2011;79:111-7
3. Reijneveld SA, Wiegersma PA, Ormel J, Verhulst FC, Vollebergh WAM, et al. (2014) Adolescents' Use of Care for Behavioral and Emotional Problems: Types, Trends, and Determinants. PLoS ONE 9(4): e93526. doi:10.1371/journal.pone.0093526

Bronnen

- Handreiking Competentieprofiel Kindermishandeling en huiselijk geweld (KNMG) (april 2014) NHG Standaard Obesitas
- Tates K. Consultvoering met kinderen vraagt om een helder gesprekskader. Bijblijven 2008;24:26-30
- NHG-standpunt Off label voorschrijven van geneesmiddelen

Kenmerkende beroepsactiviteiten

Kenmerkende beroepsactiviteit			
Trefwoord	Kenmerkende beroepsactiviteit	Omschrijving	Competentiegebieden
0-2 jaar	1. Voert een consult met een acuut ziek kind (leeftijd: 0-2 jaar).	✓ Beoordeelt een acuut ziek kind volgens de ABCDE-methodiek en handelt naar bevinden. Maakt hierbij gebruik van leeftijdsspecifieke referentiewaarden (ademhaling-, hartfrequentie en hoeveelheid voeding). ✓ Herkent bij lichamelijk onderzoek symptomen die wijzen op een ernstig beloop van de ziekte. ✓ Interpreteert de door ouder benoemde klachten van het kind en bespreekt deze interpretatie met de ouder. ✓ Legt behandelbeleid uit, gaat hierbij in op de hulpvraag van de ouder en eventuele ongerustheid. ✓ Is alert op overbehandeling. ✓ Instrueert ouders duidelijk wanneer een medische herbeoordeling noodzakelijk is. (Hierbij gebruikmakend van hulpbronnen: thuisarts.nl etc.) ✓ Herkent signalen die kunnen passen bij kindermishandeling (SPUTOVAMO) en handelt hiernaar.	1. Medisch handelen 2. Communicatie 5. Maatschappelijk handelen 7. Professionaliteit
3-10 jaar	2. Voert een consult met een kind met lichamelijke klachten (leeftijd: 3-10 jaar).	✓ Beoordeelt een kind op basis van kennis over lichamelijke en psychische ontwikkeling en het vóórkomen van aandoeningen op deze leeftijd (i.e. aandoeningen die zich anders manifesteren bij kinderen dan bij volwassenen, zoals astma, en aandoeningen die alleen voorkomen bij kinderen, zoals m Perthes). ✓ Praat met kind en ouders, betreft het kind als gesprekspartner. ✓ Signaleert aanknopingspunten die kunnen passen bij functionele klachten (SOLK) en handelt hiernaar. ✓ Heeft oog voor de rol van het gezin bij klachten en ziekten van het kind en bespreekt dit met de ouders. ✓ Signaleert gedragsstoornissen en handelt ernaar.	1. Medisch handelen 2. Communicatie 7. Professionaliteit

		✓ Geeft leeftijdsgebonden psycho-educatie, gericht op zowel kind als gezin, wanneer van toepassing.	
Puber	3. Voert een consult met een puber/adolescent (leeftijd: 11-23 jaar).	✓ Heeft oog voor de specifieke problemen van de puber/adolescent om zijn of haar problemen te verwoorden en besteedt aandacht aan de aan- of afwezigheid van ouders/verzorgers of vriend(inn)en tijdens het gesprek. ✓ Vraagt naar de rol van het systeem (ouders, school, leeftijdgenoten en andere belangrijke personen in de leefomgeving van het kind), bij de problemen van de puber/adolescent en kan hiermee omgaan. ✓ Signaleert eetstoornissen, angst- of stemmingsstoornissen en zet passende begeleiding in. ✓ Signaleert gezondheidsrisico's (familiaire belasting HVZ, signalen van alcohol/middelen/game misbruik, roken, verminderde compliance bij chronische patiënten (astma, DM) en maakt deze bespreekbaar. Zet zo nodig passende begeleiding in. ✓ Houdt rekening met de privacy van de puber en diens rechten op het zelfstandig nemen van beslissingen. ✓ Hanteert eigen gevoelens en die van puber/adolescent en ouders (machteloosheid).	1. Medisch handelen 2. Communicatie 3. Samenwerken 5. Maatschappelijk handelen 7. Professionaliteit
Overgewicht	4. Maakt overgewicht bespreekbaar en begeleidt hierbij.	✓ Signaleert overgewicht en maakt dit bespreekbaar: houdt hierbij rekening met een goede timing van dit gesprek. ✓ Bespreekt de mogelijke gevolgen van kinderobesitas op lichamelijk, sociaal-emotioneel en gedragsmatig vlak. ✓ Motiveert ouders en kind om overgewicht aan te pakken (motiverende gesprekstechnieken) ✓ Stelt een behandelplan op met kind en ouders en gebruikt hierbij eventueel een eet- en beweegdagboek. Werkt samen met andere hulpverleners/school. ✓ Bespreekt de psychologische factoren die bijdragen aan het ontstaan en in standhouden van de obesitas (zoals pesten en minderwaardigheidsgevoelens). ✓ Is zich bewust van eigen (voor-)oordelen en houdt rekening met de gevolgen die dit kan hebben in de begeleiding van kind en ouders.	1. Medisch handelen 2. Communicatie 3. Samenwerken 7. Professionaliteit

		✓ Signaleert eetstoornissen en andere psychiatrische aandoeningen (zoals bv depressie).	
Problematische thuissituatie	5. Signaleert problematische thuissituaties en begeleidt het gezin.	✓ Signaleert risico's voor en tekenen van fysiek, emotioneel geweld of verwaarlozing, overvragen van het kind. ✓ Bespreekt bij (kans op) verwaarlozing of mishandeling of bij risicovolle thuissituaties dit met de ouders en het kind zelf. Houdt in het gesprek rekening met de meervoudige partijdigheid die ontstaat door met meerdere belanghebbenden in het gezin een vertrouwensrelatie te onderhouden. Houdt rekening met loyaliteiten en machtsverhoudingen. ✓ Schat in of acuut ingrijpen noodzakelijk is en handelt daarnaar. ✓ Zet passende wijzen van behandeling in en verwijst daartoe door naar hulpverlening in eigen praktijk, 1e of 2e lijn. Schakelt zo mogelijk mensen in de omgeving van het kind in. ✓ Begeleidt het gezin, waar mishandeling of verwaarlozing speelt en vervolgt dit in het verloop van de tijd. ✓ Schakelt zo nodig AMK in en bespreekt dit met de ouders. ✓ Hanteert de juridische regelgeving t.a.v. de informatieverstrekking aan derden en informed consent ouders. ✓ Stemt beleid af met de betrokken instanties. ✓ Hanteert eigen emoties zodanig dat het de begeleiding niet in de weg zit. Maakt de benodigde tijd en ruimte vrij indien nodig.	1. Medisch handelen 2. Communicatie 3. Samenwerken 5. Maatschappelijk handelen 7. Professionaliteit
Farmacotherapie	6. Schrijft medicatie voor aan kinderen.	✓ Past medicatiekeuzes en –doseringen aan op de leeftijd en het gewicht van het kind. Gebruikt hierbij het kinderformularium (http://www.kinderformularium.nl). ✓ Is zich bewust wanneer medicatie off label wordt voorgeschreven en weet welke implicaties dit heeft. Bespreekt dit met de ouders.	1. Medisch handelen 2. Communicatie

Suggesties fase van de opleiding								
Kenmerkende beroepsactiviteit	Competentiegebieden* <i>Selectie van de meest exemplarische</i>							Opleidingsfase <i>Wanneer Toetsen/beoordelen/ beheersen?</i>
	1	2	3	4	5	6	7	
1. Voert een consult met een acuut ziek kind (leeftijd: 0-2 jaar).	+	+			+		+	Einde jaar 1
2. Voert een consult met een kind met lichamelijke klachten (leeftijd: 3-10 jaar).	+	+					+	Jaar 1
3. Voert een consult met een puber.	+	+	+		+		+	Einde jaar 1 (comp. 1), jaar 3 (rest)
4. Maakt overgewicht bespreekbaar en begeleidt hierbij.	+	+	+				+	Jaar 1: Signaleren, bespreekbaar maken en verwijzen. Jaar 3: rest.
5. Signaleert problematische thuissituaties en begeleidt het gezin.	+	+	+		+		+	Jaar 3
6. Schrijft medicatie voor aan kinderen.	+	+						Einde jaar 1

* 1. Medisch handelen 2. Communicatie, 3. Samenwerken, 4. Organiseren, 5. Maatschappelijk handelen, 6. Wetenschap en Onderwijs, 7. Professionaliteit

Thema Zorg voor patiënten met psychische klachten en aandoeningen

Naar een Landelijk Opleidingsplan Huisartsgeneeskunde

Colofon

Expertgroep Zorg voor patiënten met psychische klachten en aandoeningen

Dr. Harm van Marwijk, huisarts, Universitair docent Huisartsgeneeskunde, VUmc

Drs. Dick Walstock, kaderhuisarts GGZ, senior onderzoeker GGZ, VUmc

Drs. Annemarie de Koning, kaderhuisarts GGZ (i.o.), docent Huisartsopleiding LUMC.

Drs. Kees van der Post, Huisartsopleiding Nederland

Projectgroep Landelijk Opleidingsplan, Huisartsopleiding Nederland

Drs. Paul van de Vijver, huisarts, projectcoördinator

Drs. Kees van der Post, portefeuillehouder hoofden

Dr. Mirjam Nijveldt, onderwijskundige

Dr. Marcel Reinders, projectleider toetsing

Contact

E-mail: m.nijveldt@huisartsopleiding.nl; p.vdvijver@huisartsopleiding.nl

Tel: 030-2823460 (secretariaat)

Omschrijving van het thema

Het bespreken van psychische problematiek is een aanzienlijk deel van het dagelijks werk van de huisarts: per jaar bezoeken 2 miljoen mensen hun huisarts vanwege psychische klachten. Naar verwachting zal dit aantal de komende jaren blijven stijgen¹. Ten eerste stijgt dit door de herstructurering van de GGZ in 2014, waardoor het aantal patiënten met psychische problemen die in de huisartspraktijk worden behandeld, groter zal worden. Ten tweede zal de verwachte stijging van het aantal chronisch somatisch zieke mensen het aantal mensen met (daarmee samenhangende) psychische problemen doen toenemen². De formeel meest belangrijke taken van de huisarts rondom GGZ worden beschreven in het NHG-standpunt toekomstvisie over GGZ in de huisartsenzorg van 2007.

De huisarts behandelt vooral mensen met lichte en/of veel voorkomende psychische klachten en stoornissen: spanningsklachten, slaapproblemen, depressie, angst en dementie. Ook mensen met stabiele chronische GGZ problematiek komen bij de huisarts en kunnen eventueel gestructureerd worden begeleid. Hierbij is een goede samenwerking met de andere specialismen in de GGZ van belang. Idealiter is de zorg zodanig georganiseerd dat de huisarts kan terugverwijzen in geval van een crisis, is er de mogelijkheid tot consultatie van een psychiater en of psycholoog en de inzet van ondersteunend personeel zoals een POH-GGZ. Dit alles vereist inhoudelijke, praktische en organisatorische kennis en vaardigheden van de huisarts. Met welke beroepsactiviteiten kan de huisarts in opleiding laten zien goed thuis te zijn in deze materie? De zorg voor patiënten met psychische klachten en aandoeningen is hieronder uitgewerkt in acht kenmerkende beroepsactiviteiten.

Toekomstige ontwikkelingen

Per januari 2014 is de GGZ in Nederland anders ingedeeld. Er wordt niet meer gesproken over eerste- en tweedelijns GGZ, maar de zorg is verdeeld over drie echelons:

1. De huisartsenzorg met eventueel de POH-GGZ.
2. Generalistische Basis GGZ (GBGGZ): dit is een uitgebreide versie van wat de eerstelijns psychologische zorg/GGZ was (licht, matig, ernstig, chronisch).
3. Gespecialiseerde GGZ (GGGZ): een afgeslankte versie van wat de tweedelijns GGZ was voor complexer en meestal langdurigere behandeling.

Door deze wijzingen zal uiteindelijk minimaal 20% van de patiënten die voor 2014 in de tweedelijns GGZ behandeld werden, behandeld gaan worden in de GBGGZ of door de huisarts/POH-GGZ. Om deze toestroom van patiënten goed op te vangen heeft het oude eerstelijns veld zich moeten bezinnen op de herinrichting van de GGZ en is hier nog steeds mee bezig. Gevolg is in ieder geval dat de huisartsenzorg steeds meer patiënten met psychische problematiek behandelt. Daarnaast zijn huisarts en POH-GGZ verantwoordelijk voor goede doorverwijzing zodat patiënten op de juiste plek terecht komen. De huisarts kan dit alleen als de psychologen en de andere aanbieders in de GBGGZ en SGGZ goed inzichtelijk maken welke patiënten waar naar toe verwezen kunnen worden. Dit is een interactief proces: het moet van drie kanten komen (patiënt, verwijzer, GBGGZ/SGGZ).

Bronnen

1. Bestuurlijk Akkoord Toekomst GGZ 2013-2014 (Ministerie VWS, juni 2012).
2. NHG-Standpunt Toekomstvisie Huisartsenzorg: GGZ in de huisartsenzorg (2007).

Kenmerkende beroepsactiviteiten

Kenmerkende beroepsactiviteit			
Trefwoord	Kenmerkende beroepsactiviteit	Omschrijving	Competentiegebieden
Spanningsklachten	1. Begeleidt een patiënt met spanningsklachten, overspanning of burn-out.	✓ Herkent en bespreekt spanningsklachten in een vroeg stadium (bijv. aan de hand van een klachtenexploratiemodel als SCEGS – Somatisch, Cognitief, Emotioneel, Gedragmatig, Sociaal). ✓ Informeert de patiënt, begeleidt bij het omgaan met spanning en helpt de patiënt bij het actief oplossen van problemen. ✓ Monitort de klachten en zet zo nodig intensievere vormen van zorg in. ✓ Past een tijdscontingente aanpak toe bij patiënten met burn-out, gericht op werkhervatting. ✓ Stemt beleid af met de bedrijfsarts. ✓ Past de richtlijn overspanning en burn-out toe (LESA). ✓ Past privacywetgeving toe in overdracht van medische gegevens.	1. Medisch handelen 2. Communicatie 3. Samenwerken 4. Organiseren
Angst- en stemmingsklachten	2. Zet bij een patiënt met angst- en stemmingsklachten /stoornissen de benodigde behandeling in.	✓ Onderscheidt klachten van stoornissen. ✓ Bespreekt klachten van de patiënt met behulp van een instrument als de 4DKL (indicatie, instructie, interpretatie en bespreking met patiënt). ✓ Legt een paniekaanval uit aan de hand van de paniekcirkel. ✓ Bespreekt de relatie tussen klachten en gevolgen (bijv. m.b.v. klachtenregistratie). ✓ Informeert de patiënt op verschillende manieren en met verschillende beschikbare bronnen (psycho-educatie, begeleidende gesprekken). ✓ Gebruikt de NHG-standaarden angst en depressie als basis voor de behandeling. ✓ Organiseert periodiek controlebeleid. ✓ Past specifieke psychotherapeutische technieken toe (cognitieve gedragstherapie, problem solving therapy).	1. Medisch handelen 2. Communicatie 3. Samenwerken 6. Kennis en wetenschap

		✓ Schrijft gericht antidepressiva voor, monitort de werking en bouwt af indien mogelijk.	
Acute psychiatrie	3. Diagnosticeert acute psychiatrische stoornissen en zet de benodigde behandeling in.	✓ Diagnosticeert en weet hoe te handelen bij stoornissen als acute psychose, geweld/agressie, delier en acute gedragsproblemen bij dementie. ✓ Schrijft indien nodig medicatie voor. ✓ Bepaalt of er een verwijsindicatie is en waarheen. ✓ Begeleidt de patiënt en diens omgeving, stelt gerust en informeert.	1. Medisch handelen 2. Communicatie 3. Samenwerken 5. Maatschappelijk handelen
Suïcidaliteit	4. Schat bij suïcidaliteit het gevaar in voor de patiënt en diens omgeving en zet de benodigde hulp in.	✓ Maakt suïcidegedachten en – plannen bespreekbaar. ✓ Schat het gevaar voor de patiënt zelf en diens omgeving in: betreft hierbij een eerdere suïcidepoging. ✓ Verwijst indien nodig naar de crisisdienst (kent verwijscriteria, kent wet- en regelgeving rondom dwangmaatregelen). ✓ Overlegt bij intoxicaties met het RIVM en bepaalt het beleid (bijv. insturen naar SEH).	1. Medisch handelen 2. Communicatie 4. Organiseren 5. Maatschappelijk handelen
Verslaving	5. Motiveert een patiënt met (een verhoogd risico voor) verslavingsgedrag voor passende zorg.	✓ Herkent symptomen en aanwijzingen voor verslavingsproblematiek en maakt dit bespreekbaar. ✓ Heeft kennis van de werking en risico's van (genots-)middelen. ✓ Motiveert de patiënt voor passende zorg (motiverende gespreksvoering bij patiënten met verslavingsproblematiek). ✓ Veroordeelt niet, reflecteert op eigen normen en waarden en laat deze niet mee laten wegen in het contact met de patiënt.	1. Medisch handelen 2. Communicatie 5. Maatschappelijk handelen 7. Professionaliteit
Psychotrauma	6. Zet bij een patiënt met gevolgen van traumatische gebeurtenissen de benodigde zorg in.	✓ Bespreekt de mogelijke signalen van traumatiserende gebeurtenissen zoals mishandeling, verwaarlozing, vernedering en seksueel misbruik. ✓ Maakt onderscheid tussen een normale reactie op een trauma, een acute stressstoornis en PTSS. ✓ Bespreekt met de patiënt of verdere actie nodig is en motiveert hem daar zo nodig toe. ✓ Begeleidt rouwverwerking en herkent gestoorde rouwverwerking. ✓ Past de Meldcode Huiselijk Geweld en Kindermishandeling toe.	1. Medisch handelen 2. Communicatie 3. Samenwerken 7. Professionaliteit

Persoonlijkheidsstoornissen	7. Signaleert persoonlijkheidstrekken en – stoornissen, definieert de gevolgen hiervan voor de zorgverlening en adviseert de patiënt om indien nodig passende begeleiding te vinden.	✓ Herkent kenmerkende persoonlijke eigenschappen en patronen van patiënt en bespreekt (wanneer aangewezen) verschillende persoonlijkheidstypen en – stoornissen. ✓ Integreert consequenties van de persoonlijkheid voor het dagelijks functioneren en zorgbehoefte, in het zorgplan. ✓ Zoekt met de patiënt een passende begeleiding (rekening houdend met mogelijkheden en beperkingen). ✓ Heeft zicht op de eigen rol in de begeleiding: kent en herkent het mechanisme van overdracht en tegenoverdracht. ✓ Kent het verschil tussen communicatie op inhouds- en betrekkningsniveau.	1. Medisch handelen 2. Communicatie 7. Professionaliteit
Afwijkend gedrag kinderen	8. Zet bij kinderen met afwijkend gedrag passende diagnostiek en behandeling in.	✓ Schat de ernst in van afwijkend gedrag bij kinderen. ✓ Kent en bespreekt zo nodig de normale psychologische en sociale ontwikkeling en ontwikkelingsfasen met kind en ouders. ✓ Herkent veelvoorkomende gedragsstoornissen (ADHD, ADD, ASS, eetstoornissen, slaapproblemen, bedplassen etc.) en bespreekt de diagnostiek en mogelijke behandelopties met kind en ouders. ✓ Verwijst door voor aanvullende diagnostiek en behandeling (kent de taakstelling van andere hulpverleners in de JGZ). ✓ Schrijft, indien nodig, bij ADHD medicatie voor en spreekt periodieke controles af (zie NHG-standaard ADHD).	1. Medisch handelen 3. Samenwerken 5. Maatschappelijk handelen

Suggesties fase van de opleiding								
Kenmerkende beroepsactiviteit	Competentiegebieden* Selectie van de meest exemplarische							Opleidingsfase Wanneer Toetsen/beoordelen/ beheersen?
	1	2	3	4	5	6	7	
1. Begeleidt een patiënt met spanningsklachten, overspanning of burn-out.	+	+	+	+				Jaar 1, Jaar 2
2. Zet bij een patiënt met angst- en stemmingsklachten /stoornissen de benodigde behandeling in.	+	+	+			+		Jaar 1, Jaar 2
3. Diagnosticeert acute psychiatrische stoornissen en zet de benodigde behandeling in.	+	+	+				+	Jaar 2
4. Schat bij suïcidaliteit het gevaar in voor de patiënt en diens omgeving en zet de benodigde hulp in.	+	+		+	+			Jaar 2
5. Motiveert een patiënt met (een verhoogd risico voor) verslavingsgedrag voor passende zorg.	+	+			+		+	Jaar 2
6. Zet bij een patiënt met gevolgen van traumatische gebeurtenissen de benodigde zorg in.	+	+	+				+	Jaar 2
7. Signaleert persoonlijkheidstrekken en –stoornissen, definieert de gevolgen hiervan voor de zorgverlening en adviseert de patiënt om indien nodig passende begeleiding te vinden.	+	+					+	Jaar 2
8. Zet bij kinderen met afwijkend gedrag passende diagnostiek en behandeling in.	+		+		+			Jaar 2

* 1. Medisch handelen 2. Communicatie, 3. Samenwerken, 4. Organiseren, 5. Maatschappelijk handelen, 6. Wetenschap en Onderwijs, 7. Professionaliteit

Thema Zorg voor patiënten met Somatisch onvoldoende verklaarbare lichamelijke klachten (SOLK)

Naar een Landelijk Opleidingsplan Huisartsgeneeskunde

Colofon

Expertgroep Zorg voor patiënten met SOLK

Dr. Nettie Blankenstein (voorzitter), huisarts, hoofd Huisartsopleiding VUmc

Drs. Renée Elsas, huisarts, huisartsopleider

Drs. Hans Faddegon, huisarts, docent Huisartsopleiding ErasmusMC

Drs. Riëtta Oberink, GZ-psycholoog, docent en onderzoeker Huisartsopleiding AMC

Dr. Tim olde Hartman, huisarts, onderzoeker Radboudumc

Projectgroep Landelijk Opleidingsplan, Huisartsopleiding Nederland

Drs. Paul van de Vijver, huisarts, projectcoördinator

Drs. Kees van der Post, portefeuillehouder hoofden

Dr. Mirjam Nijveldt, onderwijskundige

Dr. Marcel Reinders, projectleider toetsing

Contact

E-mail: m.nijveldt@huisartsopleiding.nl; p.vdvijver@huisartsopleiding.nl

Tel: 030-2823460 (secretariaat)

Omschrijving van het thema

De NHG-Standaard SOLK uit 2013 geeft richtlijnen voor de diagnostiek en het beleid bij volwassen patiënten met Somatisch Onvoldoende Verklaarde Lichamelijke Klachten. SOLK is geen diagnose, maar een ‘werkhypothese’ en is gebaseerd op de aanname dat bij adequaat onderzoek geen somatische en/of psychische pathologie is gevonden die de klacht voldoende verklaart. Bij SOLK introduceert de huisarts een voor veel patiënten nieuwe manier om naar klachten te kijken: het optreden van lichamelijke klachten is normaal en wijst niet altijd op ziekte, de vraag is waarom de klachten blijven aanhouden en zoveel last geven. Daarom wordt gezocht naar factoren die de klachten in stand houden en hoe deze beïnvloed kunnen worden. De standaard SOLK maakt onderscheid tussen milde, matig-ernstige en ernstige SOLK. De ernst van de SOLK is bepalend voor het beleid.

Voor de zorg voor patiënten met SOLK is het volgende essentieel: tijdig stellen van de werkhypothese SOLK, brede klachtexploratie, uitleggen dat er geen sprake is van een ziekte en aandacht hebben voor factoren die bij deze individuele patiënt de klachten in stand houden (en, indien mogelijk, hoe ze zijn ontstaan), een plan maken om de in stand houdende factoren¹ te beïnvloeden, gericht doorverwijzen en vervolgafspraken maken². Als de klachten veranderen dient de huisarts na te gaan of de werkhypothese moet worden herzien. Dit impliceert dat de huisarts in elk consult informeert naar veranderingen in de klachten¹.

Zorg voor patiënten met SOLK in de huisartsopleiding

De essentie van zorg voor patiënten met SOLK is uitgewerkt in vijf kenmerkende beroepsactiviteiten. De eerste beroepsactiviteit: ‘Stelt de werkhypothese SOLK, geeft uitleg en behandelt stapsgewijs’ omvat verschillende onderliggende activiteiten die corresponderen met verschillende ‘fasen van het consult’: diagnostische fase, uitleg geven, en plannen. Daarnaast zijn als beroepsactiviteit onderscheiden: gebruik van klachtenregistratie (kba 2), verwijzen (kba 3), bespreken van de gevolgen voor de arbeidsparticipatie (kba 4) en begeleiding van patiënten met ernstige SOLK (kba 5).

Organisatie

Het heeft veel voordelen om diagnostiek, uitleg en plan te spreiden over twee of meer consulten. SOLK past dan binnen de normale spreekuurplanning, met eventueel een dubbel vervolgconsult. De patiënt kan tussen de consulten een klachtenregistratie bijhouden waardoor arts en patiënt meer zicht krijgen op het klachtenpatroon en beïnvloedende factoren. De huisarts kan de klachtenregistratie voor het vervolgconsult bekijken en zich voorbereiden op een duidelijke uitleg.

Attitude van de huisarts

Het is cruciaal dat de huisarts openstaat voor de wijze waarop de patiënt met zijn klachten omgaat, de klachten beleeft en interpreteert. De huisarts erkent dat de klachten reëel zijn. Bovendien moet de huisarts om kunnen gaan met de eigen gevoelens die SOLK op kunnen roepen. Voorbeelden hiervan zijn: de angst een ziekte te missen of het gevoel niets te bieden te hebben.

Relatie met andere thema's

Onder het thema 'Zorg voor patiënten met psychische klachten en aandoeningen' wordt aandacht besteed aan angst- en stemmingsklachten en persoonlijkheidsstoornissen. Activiteiten op dit gebied zijn niet nogmaals uitgewerkt onder SOLK: Angststoornissen en depressie komen bij SOLK relatief vaak voor en hebben een ongunstige invloed op het beloop van de lichamelijke klachten. Bij ernstige SOLK komen persoonlijkheidsstoornissen vaker voor.

Bronnen

1. Olde Hartman TC, Blankenstein AH, Molenaar AO, Bentz van den Berg D, Van der Horst HE, Arnold IA, Burgers JS, Wiersma TJ, Woutersen-Koch H. NHG-Standaard Somatisch Onvoldoende verklaarde Lichamelijke Klachten (SOLK). Huisarts Wet 2013;56(5):222-30.
2. Fisher E, Boerema I, Franx G. Multidisciplinaire richtlijn somatisch onvoldoende verklaarde lichamelijke klachten (SOLK) en Somatoforme Stoornissen (2010). Trimbos-instituut, Utrecht.
<http://www.trimbos.nl/webwinkel/>

Kenmerkende beroepsactiviteiten

Kenmerkende beroepsactiviteit			
Trefwoord	Kenmerkende beroepsactiviteit	Omschrijving	Competentiegebieden
Consult SOLK	1. Stelt de werkhypothese SOLK, geeft uitleg en behandelt stapsgewijs.	✓ Stelt de werkhypothese SOLK bij klachten die voortduren nadat bij adequate medische diagnostiek geen voldoende ziekteoorzaak gevonden is. ✓ Doet een brede klachtexploratie aan de hand van een model als SCEGS (Somatisch, Cognitief, Emotioneel, Gedragmatig, Sociaal). ✓ Maakt onderscheid tussen lichte tot matige en ernstige SOLK. ✓ Stelt zich open voor de klachtinterpretaties van de patiënt en zoekt naar een gemeenschappelijke probleemformulering ✓ Verlegt de aandacht van oorzaak naar het benoemen van factoren die de klachten in stand houden (tekent bijv. vicieuze cirkel). Betreft bij de uitleg bekende somatische mechanismen zoals sensitisatie of disbalans van het autonome zenuwstelsel of stress systeem (HPA-as) ✓ Bepaalt samen met de patiënt hoe de vicieuze cirkel die de klacht in stand houdt te doorbreken is. ✓ Werkt samen met de patiënt een plan uit in concrete, haalbare stappen. ✓ Gaat adequaat om met de eigen medische onzekerheid: blijft alert op tekenen van somatische oorzaak, doet opnieuw medische diagnostiek indien (verandering in) klacht daar aanleiding toe geeft; stelt gerust zonder zich zekerder voor te doen dan hij/zij is. ✓ Stelt grenzen aan de eisen van een patiënt en houdt tegelijkertijd de relatie in stand.	1. Medisch handelen 2. Communicatie 7. Professionaliteit
Klachtenregistratie	2. Maakt gebruik van klachtenregistratie om patronen in klachten en beïnvloedende factoren te ontdekken.	✓ Instrueert de patiënt om een klachtenregistratie bij te houden en legt inhoud en doel uit: - De klachtenregistratie omvat in elk geval een omschrijving van de klachten, de bezigheden die dag en de gedachten over de klachten.	1. Medisch handelen 2. Communicatie

		- Als de patiënt niet in staat blijkt tot een klachtenregistratie (bijvoorbeeld functioneel analfabetisme, taal) zoekt de huisarts samen met de patiënt een alternatief. ✓ Bespreekt de klachtenregistratie en zoekt samen met de patiënt naar patronen in klachten en beïnvloedende factoren (zowel in gunstige als in ongunstige richting)	
Verwijzen	3. Voert een verwijsgesprek met een patiënt met SOLK.	✓ Baseert beleid op het onderscheid tussen lichte tot matige en ernstige SOLK ✓ Legt de patiënt uit wat de behandelmogelijkheden voor SOLK zijn ✓ Kiest samen met de patiënt de meest passende behandeling of verwijzing. ✓ Maakt een vervolgspraak om het effect van de verwijzing te vervolgen ✓ Kent de werkwijze van de 1e lijns partners op gebied van SOLK (POH-GGZ, Eerste Lijns Psycholoog, Psychosomatisch Fysio Therapeut) ✓ Heeft kennis van tweedelijns behandelingsaanbod voor SOLK (CGT, revalidatie, multidisciplinair) ✓ Verwijst alleen patiënten met ernstige SOLK naar tweedelijns GGZ ✓ Draagt bij verwijzing over: - het doel van de verwijzing in relatie tot het beleid van de huisarts - de uitleg die de huisarts aan de patiënt heeft gegeven over de klachten ✓ Beperkt verwijzing naar somatische tweede lijn tot: - eigen onzekerheid die blijft na overleg met een collega huisarts - hardnekkige ongerustheid van patiënt ('final test').	1. Medisch handelen 2. Communicatie 3. Samenwerken 5. Maatschappelijk handelen
Arbeidsparticipatie	4. Bespreekt de gevolgen van de klachten voor de arbeidsparticipatie bij (dreigende) langdurige arbeidsongeschiktheid.	✓ Bespreekt met de bedrijfsarts en de verzekeringsarts de mate van functiebelemmering en gevolgen voor de arbeidsparticipatie ✓ Bespreekt met de patiënt de consequenties voor de arbeidsparticipatie en de (vaak lage) kans op WIA	3. Samenwerken 5. Maatschappelijk handelen
Ernstige SOLK	5. Biedt langdurige begeleiding en houdt de regie bij patiënt met ernstige SOLK.	✓ Blijft alert op tekenen van een somatische oorzaak ✓ Houdt contact met de patiënt na een verwijzing	1. Medisch handelen 2. Communicatie 4. Organiseren

		✓ Stelt grenzen aan de eisen van een patiënt en houdt tegelijkertijd de relatie in stand ✓ Monitort het effect van verwijzen (Volgt de patiënt het verwijzadvies op? Houdt de patiënt de interventie vol? Wat is het effect van de interventie op het dagelijks functioneren? Vervolgbeleid na terugverwijzing?)	
--	--	---	--

Suggesties fase van de opleiding								
Kenmerkende beroepsactiviteit	Competentiegebieden* Selectie van de meest exemplarische							Opleidingsfase Wanneer Toetsen/beoordelen/ beheersen?
	1	2	3	4	5	6	7	
1. Stelt de werkhypothese SOLK, geeft uitleg en behandelt stapsgewijs.	+	+					+	Jaar 1 (werkhypothese), 3 (uitleg en behandelen)
2. Maakt gebruik van klachtenregistratie om patronen in klachten en beïnvloedende factoren te ontdekken.	+	+						Jaar 3
3. Voert een verwijzgesprek met een patiënt met SOLK.	+	+	+		+			Jaar 2 (kennis aanbod), 3
4. Bespreekt de gevolgen van de klachten voor de arbeidsparticipatie bij (dreigende) langdurige arbeidsongeschiktheid.			+		+			Jaar 3
5. Biedt langdurige begeleiding en houdt de regie bij patiënt met ernstige SOLK.	+	+		+				Jaar 3

* 1. Medisch handelen 2. Communicatie, 3. Samenwerken, 4. Organiseren, 5. Maatschappelijk handelen, 6. Wetenschap en Onderwijs, 7. Professionaliteit

Thema Palliatieve en Terminale Zorg

Naar een Landelijk Opleidingsplan Huisartsgeneeskunde

Colofon

Expertgroep Palliatieve en Terminale Zorg

Marcel Reinders (voorzitter), huisarts, projectleider toetsing

Wietze Eizenga, huisarts Utrecht

Claudia Frakking, huisarts, medewerker LHK Huisartsopleiding Nederland

Sjoerd Joustra, kaderhuisarts palliatieve zorg

Carla Juffermans, huisartsdocent LUMC, kaderhuisarts palliatieve zorg

Julia Sterk, specialist ouderengeneeskunde

Bernardina Wanrooy, consulent palliatieve zorg, AMC

Projectgroep Landelijk Opleidingsplan, Huisartsopleiding Nederland

Drs. Paul van de Vijver, huisarts, projectcoördinator

Drs. Kees van der Post, portefeuillehouder hoofden

Dr. Mirjam Nijveldt, onderwijskundige

Dr. Marcel Reinders, projectleider toetsing

Contact

E-mail: m.nijveldt@huisartsopleiding.nl; p.vdvijver@huisartsopleiding.nl

Tel: 030-2823460 (secretariaat)

Omschrijving van het thema

Met het ouder worden van de populatie en daarmee vaker voorkomen van chronische aandoeningen, en de wens van veel patiënten om thuis te overlijden, is er een te verwachten toename aan palliatieve zorgverlening door de huisarts. Bij palliatieve zorg³⁰ wordt vaak in eerste instantie gedacht aan kanker, maar chronische ziekten als COPD en hartfalen kennen vaak ook een palliatieve fase. Het verlenen en coördineren van deze zorg is bij uitstek een taak voor de huisarts. Dit is ook wat de patiënt van de huisarts verwacht, vaak op basis van de langdurige relatie en bekendheid met deze patiënt en zijn gezin of omgeving. Het afstemmen van de palliatieve zorg houdt rekening met de individuele, sociale, culturele of religieuze achtergrond, voor zover niet strijdig met de geldende ethische- en medische gedragsregels. De huisarts dient zijn eigen grenzen te kennen, waar het specifieke vakinhoudelijke kennis, maar ook persoonlijke psychische of emotionele belasting betreft, en gebruik te maken van de inzet en expertise van andere hulpverleners. Persoonlijke continue zorg (of in nauwe samenwerking met een directe collega) is een wezenlijke beroepsnorm en vormt onderdeel van de professionele identiteit.

³⁰ Definitie palliatieve zorg: De patiënt wordt niet beter: levensverwachting 6 weken – 3 maanden
Definitie terminale zorg: De patiënt verkeert in de stervensfase (levensverwachting 1 a 2 weken)
Omwille van eenvoud in terminologie wordt in de tekst doorgaans de bredere term palliatieve zorg gebruikt, ook waar het soms de specifiekere terminale zorg betreft.

Kenmerkende beroepsactiviteiten

Kenmerkende beroepsactiviteit			
Trefwoord	Kenmerkende beroepsactiviteit	Omschrijving	Competentiegebieden
Palliatieve en stervensfase-gesprek	1. Voert een gesprek over het naderend levenseinde.	✓ Bespreekt bij verandering van de prognose de consequenties, bijvoorbeeld: iemand met hartfalen, wel of niet reanimeren, of nog naar het ziekenhuis. Bij oncologische patiënten, wel of niet nog een palliatieve chemokuur; ✓ Schenkt aandacht aan de met sterven samenhangende psychische, emotionele of sociale problemen; ✓ Neemt voldoende tijd, biedt ondersteuning en geeft ruimte, anticipeert op de toekomst; ✓ Komt met patiënt en naasten, eventueel in een drie-gesprek, tot medische beslissingen, bijvoorbeeld over het staken van de behandeling of inzetten palliatieve sedatie en of euthanasie; ✓ Respekteert het zelfbeschikkingsrecht van de patiënt met betrekking tot het naderende levenseinde, rekening houdend met autonomie, zingelevingsvraagstukken en existentieel lijden.	1. Medisch handelen 2. Communicatie 5. Maatschappelijk handelen 7. Professionaliteit
Overgangsfasen	2. Past beleid aan op basis van de fase waarin de patiënt verkeert: in het bijzonder de overgang van curatieve fase naar de palliatieve fase en de stervensfase.	✓ Onderkent wanneer symptomen refractair zijn; ✓ Overlegt met patiënt en naasten waar hun grenzen liggen en wat zij aan zorg en behandeling willen (wel of niet reanimeren, behandelwens, vochttoediening, wel of niet insturen naar ziekenhuis); ✓ Schat de mogelijkheid en zinvolheid van de behandelopties in; ✓ Pleegt laagdrempelig (telefonisch) overleg met consultatieteam palliatieve zorg.	1. Medisch handelen 2. Communicatie 3. Samenwerking 4. Organisatie 5. Maatschappelijk handelen
Medische diagnostiek en handelen	3. Behandelt de specifieke problemen in de palliatieve/terminale fase.	✓ Maakt gebruik van de specifieke behandelingsmogelijkheden die palliatieve zorg kan bieden, zoals radiotherapie bij bloeding, pijn ten gevolge botmetastase of pancreastumor, eventueel chemotherapie ter bestrijding pijn, of het nut van O2 behandeling bij COPD;	1. Medisch handelen 2. Communicatie 3. Samenwerking 5. Maatschappelijk handelen

		✓ Behandelt de veel voorkomende symptomen in de palliatieve fase, zoals pijn, misselijkheid, dyspnoe, delier, angst en aftakeling, zowel medicamenteus als niet medicamenteus; ✓ Dient (continue) subcutane medicatie toe op indicatie; ✓ Voert adequaat pijnbeleid op basis van kennis van de werking en de bijwerking van de opioïden en de principes van opioïdrotatie; ✓ Anticipeert op stervens-scenario's, zoals lever falen, nierfalen, hartfalen, hersenmetastasen en bespreekt dit met patiënt en naasten.	6. Kennis en wetenschap
Anticiperend beleid	4. Anticipeert op de vaak complexe problemen en klachten tijdens de palliatieve fase/ terminale zorg.	✓ Stelt een gestructureerd zorgplan op voor de palliatieve patiënt; ✓ Anticipeert op het optreden van symptomen in de palliatieve fase, zoals dyspnoe bij hartfalen, longziekten, slikproblemen bij ALS, en decubitus bij bedlegerigheid; ✓ Schat de zorgbehoefte tijdig in, resulterend in het inzetten van extra zorg, het bespreken van de mogelijkheden van een verblijf in een hospice (of palliatieve unit verpleeghuis) als zorg thuis niet mogelijk is; ✓ Anticipeert op te verwachten problemen of knelpunten en zorgt zonodig voor een adequate overdracht aan andere betrokkene hulpverleners en de huisartsenpost (ANW-diensten); ✓ Voert palliatief beleid rekening houdend met de grote mate van diversiteit in de individuele, sociale, culturele of religieuze achtergrond; ✓ Hanteert de druk die de wensen en verwachtingen van patiënt en omgeving oproepen, ook ten aanzien van continuïteit van zorg; bewaart hierbij rust en toont overzicht, en onderhoud daarmee een goede relatie met patiënt en naasten.	1. Medisch handelen 2. Communicatie 3. Samenwerking 4. Organisatie 5. Maatschappelijk handelen 7. Professionaliteit
Samenwerking en regie	5. Organiseert de palliatieve en terminale zorg, stuurt andere zorgverleners aan en is aanspreekpunt voor patiënt en zijn omgeving.	✓ Neemt verantwoordelijkheid voor beslissingen rond het levenseinde; ✓ Maakt gebruik van de competenties van andere hulpverleners in de palliatieve zorg en is op de hoogte van de bestaande afspraken; benut de sociale kaart; ✓ Schakelt indien nodig tijdig een technisch thuis team of hospice in. Raadpleegt eerdere specialistische behandelaars, geestelijke gezondheidszorg en/of apotheker;	1. Medisch handelen 2. Communicatie 3. Samenwerking 4. Organisatie 5. Maatschappelijk handelen

		✓ Zorgt voor heldere verslaglegging en overdracht van medische informatie aan collega's en ketenzorgpartners, ook na overlijden van de patiënt; ✓ Regelt de benodigde thuiszorg als sprake is van ontslag van een patiënt; aanvragen van de noodzakelijke hulpmiddelen en technische materialen; ✓ Geeft instructies ten aanzien van bewaking/monitoring van het gevoerde beleid; voert regelmatig overleg met andere zorgverleners over beleid en gemaakte afspraken, en betreft hierbij emoties en dilemma's die bij hen kunnen spelen.	7. Professionaliteit
Naasten	6. Verleent zorg aan naasten.	✓ Maakt een inschatting van de zelfredzaamheid van de achterblijvende(n), en neemt zo nodig maatregelen ter ondersteuning of opvang; ✓ Biedt steun aan naasten en heeft oog voor hun nood; houdt rekening daarbij met de begrenzingen van de mantelzorg.	1. Medisch handelen 2. Communicatie 3. Samenwerking 4. Organisatie
Rouwbegeleiding	7. Begeleidt patiënt en naasten bij het verlies (rouwverwerking).	✓ Begeleidt patiënten in hun rouwverwerking voorafgaand aan het overlijden, en de naasten na het overlijden, met speciale aandacht voor: ✓ Empathie tonen en expliciet vragen naar de wensen en de beleving van patiënt en zijn/haar familie; ✓ Signaleren en behandelen van gestagneerde rouwverwerking die behandeling of begeleiding nodig heeft, met speciale aandacht voor depressie, niet alleen in aansluiting op het overlijden maar ook in latere fasen.	1. Medisch handelen 2. Communicatie 3. Samenwerking 4. Organisatie 7. Professionaliteit
Palliatieve sedatie	8. Voert palliatieve sedatie uit.	✓ Stelt de indicatie voor palliatieve sedatie en voert dit uit, conform de wensen van patiënt en familie, en gericht op comfort voor de patiënt ✓ Geeft uitleg aan de patiënt en naasten over het doel en effect van de sedatie	1. Medisch handelen 2. Communicatie 3. Samenwerking 4. Organisatie 7. Professionaliteit
Euthanasie	9. Voert euthanasie uit of draagt deze over in geval van persoonlijke gewetensbezwaren.	✓ Past de wet- en regelgeving en zorgvuldigheidseisen in geval van euthanasie toe, inclusief de standpunten van de beroepsgroep (KNMG zelfgekozen levenseinde, huidige stand en regels betreffende wilsonbekwaamheid); ✓ Voert de voorbereidende handelingen uit en overlegt met SCENarts, apotheker en gemeentelijk lijkschouwer;	1. Medisch handelen 2. Communicatie 3. Samenwerking 4. Organisatie

		✓ Raadpleegt een collega bij overschrijden persoonlijke grenzen, zoals om persoonlijke redenen niet kunnen voldoen aan een euthanasie-verzoek en draagt zo nodig over; ✓ Anticipeert op en begeleidt vragen over euthanasie: ✓ - Maakt wensen van patiënt ten aanzien van euthanasie bespreekbaar ✓ - Begeleidt patiënt in het maken van een zorgvuldige keuze ✓ - Legt procedure van euthanasie uit aan patiënt en naasten	5. Maatschappelijk handelen 7. Professionaliteit
Continuïteit en zelfzorg	10. Levert persoonlijke continuïteit van zorgverlening.	✓ Maakt afspraken ten aanzien van eigen beschikbaarheid in de vorm van aanwezigheid en bereikbaarheid; ✓ Bewaakt persoonlijk welzijn (onder emotioneel intensieve omstandigheden), door het vinden van een goede balans tussen betrokkenheid en distantie bij het begeleiden van een palliatieve patiënt; ✓ Bespreekt met andere hulpverleners moeilijke begeleidingstrajecten en emoties, onderkent wat moeizaam gaat.	1. Medisch handelen 2. Communicatie 4. Organisatie 7. Professionaliteit

Suggesties fase van de opleiding								
Kenmerkende beroepsactiviteit	Competentiegebieden* Selectie van de meest exemplarische							Opleidingsfase Wanneer Toetsen/beoordelen/ beheersen?
	1	2	3	4	5	6	7	
1. Voert een gesprek over het naderend levenseinde.	+	+			+		+	Medio jaar 3
2. Past beleid aan op basis van de fase waarin de patiënt in de palliatieve fase verkeert: in het bijzonder de overgang van curatieve fase naar de palliatieve fase en de stervensfase.	+	+	+	+	+			Medio jaar 3
3. Behandelt de specifieke problemen in de palliatieve/terminale fase.	+	+	+		+	+		Medio jaar 2
4. Anticipeert op de vaak complexe problemen en klachten tijdens de palliatieve fase/ terminale zorg.	+	+	+	+	+		+	Medio jaar 2 en 3
5. Organiseert de palliatieve en terminale zorg, stuurt andere zorgverleners aan en is aanspreekpunt voor patiënt en zijn omgeving.	+	+	+	+	+		+	Medio jaar 3
6. Verleent zorg aan naasten.	+	+	+	+				Medio jaar 2 en 3
7. Begeleidt patiënt en naasten bij het verlies (rouwverwerking).	+	+		+			+	Medio jaar 3
8. Voert de wens tot palliatieve sedatie uit.	+	+	+	+			+	Medio jaar 2 en 3
9. Voert de wens tot euthanasie uit of draagt deze over in geval van persoonlijke gewetensbezwaren.	+	+	+	+	+		+	Medio jaar 3
10. Levert persoonlijke continuïteit van zorgverlening.	+	+		+			+	Medio jaar 3

* 1. Medisch handelen 2. Communicatie, 3. Samenwerken, 4. Organiseren, 5. Maatschappelijk handelen, 6. Wetenschap en Onderwijs, 7. Professionaliteit

Thema Preventie

Naar een Landelijk Opleidingsplan Huisartsgeneeskunde

Colofon

Expertgroep Preventie

Prof. Dr. Pim Assendelft (voorzitter), hoogleraar huisartsgeneeskunde Radboud UMC

Dr. Kristel van Asselt, huisarts, docent, Huisartsopleiding AMC

Drs. Merijn Godefrooij, huisarts, onderzoeker, Universiteit Maastricht

Drs. Paul Jonas, huisarts, docent, Huisartsopleiding LUMC

Drs. Max Rubens, huisarts, huisartsopleider, kaderarts hart- en vaatziekten

Projectgroep Landelijk Opleidingsplan, Huisartsopleiding Nederland

Drs. Paul van de Vijver, huisarts, projectcoördinator

Drs. Kees van der Post, portefeuillehouder hoofden

Dr. Mirjam Nijveldt, onderwijskundige

Dr. Marcel Reinders, projectleider toetsing

Contact

E-mail: m.nijveldt@huisartsopleiding.nl; p.vdvijver@huisartsopleiding.nl

Tel: 030-2823460 (secretariaat)

Omschrijving van het thema

Het doel van preventie is te zorgen dat mensen gezond blijven door hun gezondheid te bevorderen en te beschermen. Ook heeft preventie tot doel ziekten en complicaties van ziekten te voorkomen of in een zo vroeg mogelijk stadium op te sporen. Er zijn verschillende indelingen van preventie in gebruik, waarbij er twee indelingen zijn die gangbaar zijn in de huisartsgeneeskunde: 1) indeling in fase, en 2) indeling naar doel.

Indeling naar fase

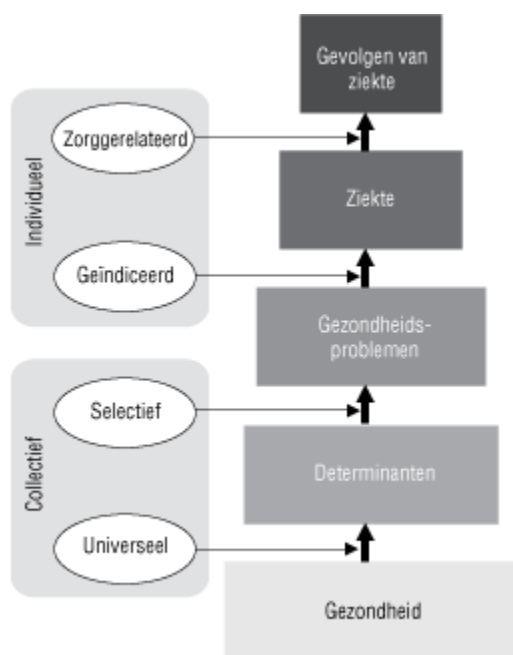
Preventie naar fase waarin de ziekte zich bevindt is ingedeeld in primaire, secundaire en tertiaire preventie. Deze indeling was tot voor kort gangbaar in de huisartsgeneeskunde. Onder primaire preventie vallen activiteiten die voorkomen dat gezonde mensen een bepaald(e) gezondheidsprobleem, ziekte of ongeval krijgen. Bij secundaire preventie worden ziekten of afwijkingen in een vroeg stadium opgespoord bij personen die ziek zijn, een verhoogd risico lopen of een bepaalde genetische aanleg hebben. De ziekte kan daardoor eerder worden behandeld, zodat deze eerder geneest of niet erger wordt. Bij tertiaire preventie bestaat de doelgroep uit patiënten en worden complicaties en ziekteverergering voorkomen. Ook het bevorderen van de zelfredzaamheid van patiënten valt hieronder. (NB. In de huisartsgeneeskunde wordt soms de term secundaire preventie gebruikt voor wat hierboven als tertiaire preventie genoemd wordt, zoals cardiovasculair risicomanagement bij iemand met een doorgemaakt hartinfarct).

De huidige uitwerking in kenmerkende beroepsactiviteiten beperkt zich m.b.t. fase tot primaire en secundaire preventie. Tertiaire preventie behoort niet tot het thema.

Indeling naar doel

Preventie is vaak gericht op een specifieke doelgroep van mensen die extra bescherming nodig hebben, of meer risico lopen ziek te worden door bijvoorbeeld hun leefstijl. De doelgroepen worden onderscheiden naar het ziektestadium: van de gezonde bevolking tot mensen met een ziekte (zie Figuur 1). Universele preventie bevordert en beschermt actief de gezondheid van de gezonde bevolking. Selectieve preventie probeert te voorkomen dat personen met één of meerdere risicofactoren (determinanten) voor een bepaalde aandoening daadwerkelijk ziek worden. Geïndiceerde preventie probeert te voorkomen dat beginnende klachten verergeren tot een aandoening. Het doel van zorggerelateerde preventie is te voorkomen dat een bestaande aandoening leidt tot complicaties, beperkingen, een lagere kwaliteit van leven of sterfte. Daarnaast kan preventie zich ook richten op het verkleinen van sociaaleconomische gezondheidsverschillen die ontstaan ten gevolge van een chronische ziekte.

De invulling door de Expertgroep Preventie beperkt zich m.b.t. doel tot selectieve en geïndiceerde preventie. Universele preventie enerzijds en zorggerelateerde preventie anderzijds behoren niet tot het thema. Universele preventie is meer het domein van de public health en de zorggerelateerde preventie valt binnen dit project onder andere thema's.



Figuur 1

Taakopvatting /gewenste attitude /positie huisarts

De rol van de huisarts in preventie zal de komende jaren fors toenemen. In de Toekomstvisie 2022 staat: “Huisartsen doen vooral de geïndiceerde en zorggerelateerde preventie, terwijl de publieke gezondheidszorg met name de universele preventie voor de patiëntenpopulatie voor haar rekening neemt. De huisarts heeft, in samenwerking met andere partijen, een verbindende rol op het terrein van de selectieve preventie door onder meer patiënten te verwijzen en/of motiveren voor speciale preventieprogramma’s en eventueel screeningsprogramma’s uit te (laten) voeren als daarvan de meerwaarde is aangetoond.” De huisarts zal een actieve rol in preventie gaan vervullen. Dit vereist een andere aanpak en attitude dan ‘ziekte-gericht’ werken volgens het consultmodel. Zowel aanpak als gesprekstechnieken zullen moeten worden aangepast. Verder vereist preventie opbouw van een netwerk en veel afstemming / samenwerking, waarbij de wijk een belangrijk oriëntatiepunt is.

Te voorziene nieuwe ontwikkelingen binnen het thema

Toekomstvisie 2022: “In samenwerking met collega’s in dorp, wijk en regio richten individuele huisartsen hun bijdrage aan populatiegerichte preventie en de volksgezondheid op die zaken waar zij het meeste effect kunnen sorteren. Samen met de lokale overheden, zorgverzekeraars, scholen en patiëntenorganisaties geeft het lokaal huisartsensamenwerkingsverband vorm aan preventie in dorp of wijk. Dorp- of wijkscans geven inzicht in de behoeften van de patiëntenpopulatie, op basis waarvan afspraken worden gemaakt over extra aandacht voor specifieke doelgroepen.

Indien nodig verwijzen huisartsen patiënten naar preventieprogramma’s voor jong en oud, onder meer op het terrein van roken, obesitas en sport en bewegen. Met de zorgverzekeraars zijn hierover financieringsafspraken gemaakt.” Belangrijke issues zullen zijn:

- leefstijladvisering (o.a. eigen rol opvatting, organisatie en techniek [o.a. motiverende gesprekstechnieken])
- wijkgericht werken
- verandering van reactief naar een proactief aanbod (programmatisch werken)

- zorg voor kwetsbare groepen (o.a. lage SES en etnische groepen)
- toenemende rol van erfelijkheid en rol van genetica, waaronder ook toenemende mogelijkheden van pre-conceptioneel en prenataal onderzoek en advisering
- toename van aanbod van zinnige en onzinnige preventie door veel verschillende partijen, waaronder ook landelijke programma's bevolkingsonderzoek, zelftesten en ICT-tools
- binnen de preventie samenwerking op vele niveaus.

Bronnen

1. NHG LHV Toekomstvisie Huisartsenzorg. Modernisering naar de menselijke maat. Huisartsenzorg 2022. Paragraaf 6. Preventie.
2. NHG-standaarden en standpunten met specifieke preventie-aandacht:
 - Stoppen met roken
 - Zwangerschap en kraamperiode
 - Het Preventieconsult
 - Preconceptiezorg
 - Obesitas
 - Preventie en vroegdiagnostiek van cervixcarcinoom
 - Diagnostiek van mammacarcinoom
 - Problematisch alcoholgebruik
 - Influenza en influenzavaccinatie
 - Fractuurpreventie
 - Cardiovasculair risicomanagement
 - Het SOA-consult
 - PIN Kanker en erfelijkheid
3. Raad voor de Volksgezondheid en Zorg. Perspectief op gezondheid 20/20. Den Haag: RVZ, 2010.
4. Raad voor de Volksgezondheid en Zorg. Zorg voor je gezondheid! Gedrag en gezondheid: de nieuwe ordening. Den Haag: RVZ, 2010.
5. Raad voor de Volksgezondheid en Zorg. Advies Preventie van welvaartsziekten. Effectief en efficiënt georganiseerd. Den Haag: RVZ, 2011.
6. Lucht F van der, Polder JJ. Van gezond naar beter. Kernrapport van de Volksgezondheid Toekomst. Verkenning. Bilthoven: RIVM, 2010.
7. Gezondheid dichtbij. Landelijke nota gezondheidsbeleid. Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 2011.
8. Nationaal Kompas Volksgezondheid. Preventie in de huisartsenpraktijk.
www.nationaalkompas.nl/preventie/in-verschillende-settings/zorg/huisartsenpraktijk
9. Nationaal Kompas Volksgezondheid. Wat is de effectiviteit van preventie?
<http://www.nationaalkompas.nl/preventie/wat-is-de-effectiviteit-van-preventie-nieuw>
10. Jongh TOH de, Grundmeijer HGLM, Lisdonk EH van de. Praktische preventie. Houten: BSL, 2009.

Kenmerkende beroepsactiviteiten

Kenmerkende beroepsactiviteit			
Trefwoord	Kenmerkende beroepsactiviteit	Omschrijving	Competentiegebieden
Deelthema 1: Gespreksvoering in de spreekkamer, gericht op individuele preventie			
Individueel zorgplan	1. Stelt, samen met de patiënt, een individueel zorgplan op ter preventie van een chronische ziekte.	✓ Stelt, samen met de patiënt, een individueel zorgplan op ter preventie van een chronische ziekte (bijvoorbeeld diabetes, hart- en vaatziekten). ✓ Weegt en bespreekt met de patiënt de voor- en nadelen van de verschillende preventieve interventies.	1. Medisch handelen 2. Communicatie 5. Maatschappelijk handelen 6. Kennis en wetenschap
Leefstijl	2. Verkent op indicatie de leefstijl van een patiënt en bespreekt mogelijkheden tot verandering.	✓ Stelt vast in welke veranderingsfase de patiënt zich bevindt. ✓ Verkent samen met de patiënt waar de wensen en (on)mogelijkheden liggen, door middel van motiverende gesprekstechnieken. ✓ Speelt - wanneer de patiënt besluit zijn of haar leefstijl te veranderen - een ondersteunende rol in dit verandertraject.	1. Medisch handelen 2. Communicatie 5. Maatschappelijk handelen 7. Professionaliteit
Preventieve activiteiten	3. Adviseert over verschillende preventieve activiteiten.	✓ Adviseert desgevraagd over verschillende preventieve activiteiten, zoals total body scans en PSA bepaling. ✓ Geeft een evidence-based antwoord op vragen van een patiënt hierover. ✓ Bepaalt zijn positie en taakopvatting ten aanzien van preventieve activiteiten in de huisartsenpraktijk.	1. Medisch handelen 2. Communicatie 5. Maatschappelijk handelen 6. Kennis en wetenschap
Deelthema 2: Organisatie op praktijk- en wijkniveau			
Opsporen en selecteren	4. Selecteert personen en patiënten met een verhoogd gezondheidsrisico.	✓ Spoort personen met een verhoogd risico op d.m.v. het opzetten en uitvoeren van preventieprogramma's. ✓ Selecteert patiënten met een verhoogd risico met behulp van het HIS. Voert het verbeterplan uit en evalueert (vervult de voorbeeldfunctie, overtuigt	1. Medisch handelen 3. Samenwerken 4. Organiseren 7. Professionaliteit

		teamleden van de noodzaak van de verandering, stimuleert medewerkers bij doorvoeren van de verandering). ✓ Levert een bijdrage aan het veilige meldingsklimaat (patiëntveiligheidscultuur) in de opleidingspraktijk.	
Programmatische preventie	5. Voert programmatische preventie uit.	✓ Voert programmatische preventie uit, zoals door de beroepsgroep en de overheid toevertrouwd (bijvoorbeeld griepvaccinatie, opsporen ouderen met complexe problematiek, patiënten met verhoogd fractuurrisico, preventieconsult). ✓ Werkt samen met andere hulpverleners en instanties die zich bezighouden met preventie (bijv. schoolarts, GGD, thuiszorg, Gemeente).	3. Samenwerken 4. Organiseren 5. Maatschappelijk handelen
Deelthema 3: Opzet en planning preventie in regionale/landelijke context			
Preventieproject	6. Bepaalt welke rol de huisarts heeft in een nieuw of bestaand preventieproject en voert deze uit.	✓ Selecteert - buiten het bestaande bevolkingsonderzoek en landelijke vaccinatiecampagnes- een preventieproject uit bestaand lokaal, regionaal of landelijk aanbod. ✓ Of ontwikkelt zelf een preventieproject. ✓ Doet dit op basis van relevantie voor de praktijk en wijk, haalbaarheid, financieringsmogelijkheden en samenwerkingsmogelijkheden (bijvoorbeeld m.b.v. wijkscan). ✓ Bepaalt binnen dit project de rol van de huisarts; identificeert bevorderende en belemmerende factoren voor deze rol.	4. Organiseren 5. Maatschappelijk handelen 6. Kennis en wetenschap
Bevolkingsonderzoek	7. Is betrokken bij de uitvoering van bevolkingsonderzoek zoals door de beroepsgroep met de overheid is overeengekomen en voert zijn aandeel hierin uit.	✓ Kent doelstelling, opzet en uitvoering van bevolkingsonderzoek naar baarmoederhals-, borst- en darmkanker en de rol van de huisarts hierin. ✓ Kent de procedures / afspraken binnen praktijk m.b.t. opvang screen-positieve patiënten uit bevolkingsonderzoek op cervix-, borst- of darmkanker. ✓ Combineert in een gesprek het slechte nieuws van de afwijkende screening met de onzekerheid die gepaard gaat met het nog ontbreken van vervolgdagnostiek; geeft ruimte aan de angst en onzekerheid. ✓ Organiseert de informatievoorziening aan de patiënt en de routing bij afwijkende uitslag bij het bevolkingsonderzoek.	1. Medisch handelen 2. Communicatie 3. Samenwerken 6. Kennis en wetenschap 7. Professionaliteit

Deelthema 4: Erfelijkheid en voortplanting			
Screening	8. Brengt een erfelijke ziekte in de familie van een patiënt in kaart en bespreekt of screening of diagnostiek aan de orde is.	✓ Brengt een erfelijke ziekte in een familie in kaart aan de hand van een familieanamnese en stamboom. ✓ Bespreekt of screening of diagnostiek volgens de geldende richtlijnen aan de orde is.	1. Medisch handelen 2. Communicatie
Kinderwens	Bespreekt bij bestaande kinderwens preventieve mogelijkheden voorafgaand aan een toekomstige zwangerschap.	✓ Bespreekt met een paar met kinderwens gezondheid bevorderende maatregelen voorafgaand aan een toekomstige zwangerschap (preconceptiezorg). ✓ Counselt bij erfelijke risico's en kent de verwijismogelijkheden.	1. Medisch handelen 2. Communicatie 5. Maatschappelijk handelen 7. Professionaliteit

Suggesties fase van de opleiding								
Kenmerkende beroepsactiviteit	Competentiegebieden* Selectie van de meest exemplarische							Opleidingsfase Wanneer Toetsen/beoordelen/ beheersen?
	1	2	3	4	5	6	7	
1. Stelt, samen met een patiënt, een individueel zorgplan op ter preventie van een chronische ziekte.	+	+			+	+		Jaar 3
2. Verkent op indicatie de leefstijl van een patiënt en bespreekt mogelijkheden tot verandering.	+	+			+		+	2e helft jaar 1, 1 ^e helft jaar 3
3. Adviseert over verschillende preventieve activiteiten.	+	+			+	+		2e helft jaar 1, 1 ^e helft jaar 3
4. Selecteert personen en patiënten met een verhoogd gezondheidsrisico.	+		+	+		+		2e kwartaal jaar 3
5. Voert programmatische preventie uit.			+	+	+			2e kwartaal van jaar 1 en jaar 3
6. Bepaalt welke rol de huisarts heeft in een nieuw of bestaand preventieproject en voert deze uit.				+	+	+		Jaar 3
7. Is betrokken bij de uitvoering van bevolkingsonderzoek zoals door de beroepsgroep met de overheid is overeengekomen en voert zijn aandeel hierin uit.	+	+	+			+	+	2 ^e helft jaar 1
8. Brengt een erfelijke ziekte in de familie van een patiënt in kaart en bespreekt of screening of diagnostiek aan de orde is.	+	+						2 ^e kwartaal jaar 1
9. Bespreekt bij bestaande kinderwens preventieve mogelijkheden voorafgaand aan een toekomstige zwangerschap.	+	+			+		+	2 ^e kwartaal jaar 1

* 1. Medisch handelen 2. Communicatie, 3. Samenwerken, 4. Organiseren, 5. Maatschappelijk handelen, 6. Wetenschap en Onderwijs, 7. Professionaliteit

Thema Praktijkmanagement

Naar een Landelijk Opleidingsplan Huisartsgeneeskunde

Colofon

Expertgroep Praktijkmanagement

Ger Plat (voorzitter), UMCG

Marijn van Oord, Maastricht

Renée Weersma, VUmc

Joost Leferink, UvA

Jacqueline van der Geest, huisartsopleider

Mariska de Vroomen, Lumc

Paul van Dijk, UvA

Projectgroep Landelijk Opleidingsplan, Huisartsopleiding Nederland

Drs. Paul van de Vijver, huisarts, projectcoördinator

Drs. Kees van der Post, portefeuillehouder hoofden

Dr. Mirjam Nijveldt, onderwijskundige

Dr. Marcel Reinders, projectleider toetsing

Contact

E-mail: m.nijveldt@huisartsopleiding.nl; p.vdvijver@huisartsopleiding.nl

Tel: 030-2823460 (secretariaat)

Omschrijving van het thema

De eerste prioriteit van de huisarts is de zorg voor zijn patiënten. Deze zorg kan echter alleen goed verleend worden als deze in de huisartsenpraktijk goed is georganiseerd. Het thema praktijkmanagement gaat over de huisartsenpraktijk als bedrijf. De hieronder beschreven activiteiten dient de huisarts in ieder geval te beheersen om een bijdrage te leveren aan een goed functionerend bedrijf. Dit geldt zowel voor de praktijkhouder, de hidsa als de waarnemer.

Bij het formuleren van onderstaande beroepsactiviteiten is als uitgangspunt het Medical Leadership Competence Framework genomen (MLCF). Dit model is ontwikkeld in de Engelse gezondheidszorg voor het ontwerpen van trainingsprogramma's en curricula op het gebied van management en leiderschap. Het MLCF beschrijft de competenties op het gebied van leiderschap en management die artsen nodig hebben om actief betrokken te zijn bij het plannen, leveren en verbeteren van de dienstverlening in de gezondheidszorg. De expertgroep Praktijkmanagement heeft voor dit model gekozen omdat het gebaseerd is op het concept van shared leadership. Verantwoordelijkheid voor management en leiderschap is niet alleen voorbehouden aan mensen met een formele leiderschapsrol (bijvoorbeeld de praktijkhouder of de praktijkmanager): iedere praktijkmedewerker kan met leiderschapsactiviteiten een bijdrage leveren aan het succes van de organisatie.

Praktijkmanagement in de huisartsopleiding

In de uitwerking is gezocht naar activiteiten die de aios al tijdens de opleiding zelfstandig kan uitvoeren. Om te zorgen dat de aios ook daadwerkelijk met deze activiteiten in aanraking komt is het nog meer dan bij andere thema's belangrijk om:

- goede afspraken te maken tussen opleider en aios over wat de aios in de praktijk kan en mag doen, en hoe dit praktisch georganiseerd wordt;
- ondersteunend onderwijs te bieden met praktijkopdrachten (zoals het opstellen en uitvoeren van een verbeterplan).

Suggesties voor onderwijs

De expertgroep 'Praktijkmanagement' heeft niet alleen een zevental kenmerkende beroepsactiviteiten geformuleerd en omschreven (dit document), maar heeft per KBA ook verdere suggesties uitgewerkt voor onderwijsdoelen en mogelijke praktijkopdrachten. Deze suggesties komen in februari 2015 beschikbaar als apart document.

Toekomstige ontwikkelingen

De expertgroep 'Praktijkmanagement' heeft niet alleen een zevental kenmerkende beroepsactiviteiten geformuleerd en omschreven (dit document), maar heeft per KBA ook verdere suggesties uitgewerkt voor onderwijsdoelen en mogelijke praktijkopdrachten. Deze suggesties komen in februari 2015 beschikbaar als apart document.

Relatie tot andere thema's

Aspecten van praktijkmanagement komen bij verschillende thema's aan de orde, met name in de thema's chronische zorg, zorg voor ouderen en preventie.

Bronnen

1. Toekomstvisie Huisartsenzorg 2022 (NHG, LHV).
2. Medical Leadership Competence Framework, NHS Institute for Innovation and Improvement and Academy of Medical Royal Colleges (2010).
3. Patiëntveiligheid in de huisartsenzorg. Handreiking, continue verbetering van veiligheid en kwaliteit, Landelijke Huisartsen Vereniging (2010)
4. Samenwerken in de eerste lijn, Een handreiking voor zorgverleners, LOVE.

Kenmerkende beroepsactiviteiten

Kenmerkende beroepsactiviteit			
Trefwoord	Kenmerkende beroepsactiviteit	Omschrijving	Competentiegebieden
Visie	1. Ontwikkelt een persoonlijke en een praktijkvisie op de huisartsenzorg.	✓ Formuleert wat hij verstaat onder goede huisartsgeneeskundige zorg en wat voor huisarts hij wil zijn voor zijn patiënten. ✓ Houdt zich op de hoogte van de ontwikkelingen in het krachtenveld waarin de praktijk opereert. ✓ Reflecteert op de eigen praktijkorganisatie: - Maakt de praktijkorganisatie het de huisarts mogelijk zijn persoonlijke doelen te verwezenlijken? - Wat zijn de sterke en zwakke kanten van de praktijkorganisatie? ✓ Komt op basis van het bovenstaande tot voorstellen voor praktijkontwikkeling.	4. Organiseren 5. Maatschappelijk handelen 7. Professionaliteit
Systematisch verbeteren	2. Stelt een verbeterplan op en voert dit uit.	✓ Formuleert een verbeterplan op het gebied van praktijkvoering of medisch handelen (analyse, verbeterplan, evaluatieplan). ✓ Maakt een begroting. ✓ Creëert draagvlak voor het plan bij de praktijkmedewerkers. ✓ Is projectleider voor het verbeterplan.	1. Medisch handelen 3. Samenwerken 4. Organiseren
Supervisie	3. Superviseert individuele praktijkmedewerkers bij het uitvoeren van voorbehouden handelingen.	✓ Heeft kennis van de taken en bevoegdheden van de praktijkassistent (PA) en de praktijkondersteuner (POH). ✓ Beoordeelt het functioneren van de PA en de POH. ✓ Delegeert taken naar PA, POH en andere praktijkmedewerkers. ✓ Geeft feedback geven op het functioneren van de PA en de POH. ✓ Begeleidt een medewerker bij het aanleren van een handeling.	1. Medisch handelen 3. Samenwerken 4. Organiseren 6. Kennis en wetenschap
Patiëntveiligheid	4. Levert een bijdrage aan de patiëntveiligheid door het melden, analyseren en	✓ Herkent onveilige situaties in de dagelijkse praktijk, in de vorm van fouten, bijna-fouten of potentieel gevaarlijke situaties. ✓ Gebruikt het VIM.	1. Medisch handelen 3. Samenwerken

	afhandelen van patiëntveiligheidsproblemen.	✓ Analyseert onveilige situaties (de melding) en benoemt zwakke schakels in het zorgsysteem (structuren, processen, procedures of personen). ✓ Stelt een verbeterplan op om de patiëntveiligheid te verbeteren. ✓ Voert het verbeterplan uit en evalueert (vervult de voorbeeldfunctie, overtuigt teamleden van de noodzaak van de verandering, stimuleert medewerkers bij doorvoeren van de verandering). ✓ Levert een bijdrage aan het veilige meldingsklimaat (patiëntveiligheidscultuur) in de opleidingspraktijk.	
Financiering en bedrijfsvoering	5. Heeft inzicht in de financiering en bedrijfsvoering van de huisartsenpraktijk, declareert eigen verrichtingen en adviseert patiënten over de financiële consequenties van een medische behandeling/diagnostiek	✓ Houdt de eigen kennis over de financiering van de gezondheidszorg (op hoofdlijnen) actueel- zoals kennis van onderhandelingsresultaten LHV, en andere partijen (convenant)- en begrijpt de betekenis hiervan voor de praktijk en patiënten. ✓ Heeft inzicht in de financiering van huisartsenzorg en ketenzorg. ✓ Kent op hoofdlijnen de belangrijkste ontwikkelingen en betekenis voor de praktijk en de patiënten van: de WMO, de AWBZ, aanvullende verzekeringen en de positie van de gemeenten. ✓ Heeft inzicht in de inkomsten en kosten van de huisartsenpraktijk. ✓ Declareert eigen verrichtingen. ✓ Adviseert patiënten over de financiële consequenties van een medische behandeling/diagnostiek. ✓ Houdt rekening met eventuele eigen betalingen door patiënten, de betekenis van de (aanvullende) polis en stemt het eigen handelen hierop af.	2. Communicatie 3. Samenwerken 4. Organiseren
Multi-disciplinair overleg	6. Vertegenwoordigt de opleidingspraktijk voor een specifiek thema in een multidisciplinair overleg.	✓ Heeft inzicht in het doel van de multidisciplinaire samenwerking. ✓ Is zich bewust van zijn rol en positie en die van de andere “partijen” in het overleg. ✓ Kiest bewust een rol: van behandelaar (bij overleg over eigen patiënten), van expert (bij overleg op inhoudelijk niveau- niet direct patiëntgebonden), of vertegenwoordiger van de praktijk of groep. ✓ Past vergader- en onderhandelings technieken toe.	4. Organiseren 5. Maatschappelijk handelen 6. Kennis en wetenschap

		✓ Maakt afspraken over het delen van verantwoordelijkheden. ✓ Zit vergaderingen voor, agendeert, maakt en bespreekt een besluitenlijst. ✓ Evalueert het belang van de uitkomsten van het overleg voor de huisartsvoorziening en doet verslag aan het praktijkteam.	
Patiëntrelatie en informatievoorziening	7. Stemt de praktijkvoering en informatievoorziening af op de behoeften van de patiëntenpopulatie.	✓ Maakt een analyse van de praktijksamenstelling op basis van o.a. epidemiologie, SES en etniciteit. ✓ Analyseert de wijze waarop mensen worden geïnformeerd over medisch inhoudelijke zaken en de werkwijze en organisatie van de praktijk. ✓ Oriënteert zich op mogelijkheden van sociale-media en digitaal communiceren, maakt gebruik van de mogelijkheden. ✓ Bepaalt op basis van bovenstaande analyse of aanpassingen in de informatievoorziening noodzakelijk zijn, en zo ja, welke.	3. Samenwerken 4. Organiseren 7. Professionaliteit

Suggesties fase van de opleiding								
Kenmerkende beroepsactiviteit	Competentiegebieden* Selectie van de meest exemplarische							Opleidingsfase Wanneer Toetsen/beoordelen/ beheersen?
	1	2	3	4	5	6	7	
1. Ontwikkelt een persoonlijke en een praktijkvisie op de huisartsenzorg.				+	+		+	Jaar 3
2. Stelt een verbeterplan op en voert dit uit.	+		+	+				Jaar 3
3. Superviseert individuele praktijkmedewerkers bij het uitvoeren van voorbehouden handelingen.	+		+	+		+		Jaar 1, Jaar 3
4. Levert een bijdrage aan de patiëntveiligheid door het melden, analyseren en afhandelen van patiëntveiligheidsproblemen.	+		+					Jaar 1, 3
5. Heeft inzicht in de financiering en bedrijfsvoering van de huisartsenpraktijk, declareert eigen verrichtingen en adviseert patiënten over de financiële consequenties van een medische behandeling/diagnostiek.		+	+	+				Jaar 1, 3
6. Vertegenwoordigt de opleidingspraktijk voor een specifiek thema in een multidisciplinair overleg.				+	+	+		Jaar 3
7. Stemt de praktijkvoering en informatievoorziening af op de behoeften van de patiëntenpopulatie.			+	+			+	Jaar 3
8. Ontwikkelt een persoonlijke en een praktijkvisie op de huisartsenzorg.		+		+				Jaar 3

* 1. Medisch handelen 2. Communicatie, 3. Samenwerken, 4. Organiseren, 5. Maatschappelijk handel