

Richtlijn praktijkleren voor de opleiding van de verpleegkundige in opleiding tot specialist (vios)





Inhoud

Voorwoord.....	4
Leeswijzer en gebruiksaanwijzing.....	5
1. Inleiding en verantwoording	6
2. Wat is een EPA?	7
3. Vijf kern-EPA's voor de vios	8
Kern-EPA 1 (Aanvullend) diagnose stellen ten aanzien van (klacht of probleem)	8
Kern-EPA 2 Behandelen van (diagnose of probleem)	9
Kern-EPA 3 Regie voeren ten aanzien van... (doelgroep)	10
Kern-EPA 4 Bevorderen zelfmanagement en eigen regie (AGZ) / empowerment en herstel (GGZ) van(doelgroep)	11
Kern-EPA 5 Kwaliteit van zorg bevorderen van ...(onderwerp of doelgroep)	12
3.1 Kracht en beperkingen van het werken met EPA's	13
4. De praktijkopleiding	14
4.1 Onderwijskundig ontwerp van de praktijkopleiding	14
4.2 Voorwaarden voor een goede praktijkopleiding	14
4.3 Het begrip vertrouwen	16
4.4 Stappen om te komen tot een individueel praktijkopleidingsplan	16
4.5 Criteria voor een individueel praktijkopleidingsplan van de vios	17
4.6 De opleidingsgroep	18
4.7 Rol van de docent in de opleidingsgroep	18
4.8 Leergesprekken in de praktijk	18
4.9 Beoordelingsgesprekken.....	19
4.10 Tips om de kwaliteit van de praktijkopleiding te monitoren	20
5. Informatiebronnen.....	21
5.1 Eisen aan informatiebronnen voor professioneel gedrag.....	22
5.2 Formatief versus summatief toetsen?	23
5.3 Herhaling is de moeder van alle wijsheid	23
5.4 Voorbeelden van veel gebruikte informatiebronnen	23
Toetsen van klinische vaardigheden: KPB/KKB	23
Toetsen van procedurele en/of technische vaardigheden: OSATS of DOPS	24
Toetsen van farmacotherapeutisch redeneren: Sixstep	24
Toetsen van kritisch analytische vaardigheden: Critical Appraisal of a Topic (CAT).....	24
Toetsen via <i>Case-based discussions (CBD)</i>	25
Toetsen van professioneel gedrag via een Multi-source Feedback (MSF)	25
Toetsen via een <i>self-assessment (SA)</i>	26
Referenties.....	27
Bijlage 1 Competentieprofiel van de praktijkopleider	29

Voorwoord

Deze richtlijn is geschreven voor docenten en praktijkopleiders die verantwoordelijk zijn voor de inrichting en uitwerking van het praktijkleerprogramma naar zowel het cursorisch- als het praktijkonderwijs. De tekst is geschreven naar aanleiding van de herziening van het landelijk opleidingsprofiel MANP in 2020. En dit profiel is weer herzien vanwege het verschijnen van het nieuwe beroepsprofiel van de verpleegkundig specialist (V&VN, 2019).

De belangrijkste vernieuwing voor het praktijkleren en – toetsing is de introductie van de zogenaamde *entrustable professional activities* of EPA's. Het werken met EPA's maakt de praktijkopleiding specifiekier dat wil zeggen meer gericht op het specialisme, het deskundigheidsgebied en het expertisegebied waarvoor wordt opgeleid. Het goed werken met EPA's vergt echter ook een nauwe samenwerking tussen de opleidingsgroep c.q. praktijkopleider en de docenten van de opleiding.

De onderwijskundige ontwerpprincipes die toegepast zijn bij het schrijven van het eerdere praktijkleerprogramma van de MANP opleidingen zijn niet veranderd (met name het programmatisch toetsen en beoordelen). Deze ontwerpprincipes vormen nog steeds de ruggengraat van het ontwerp maar zijn in dit document uitdrukkelijker beschreven en aangevuld met nieuwe inzichten uit wetenschappelijk en/of onderwijskundig onderzoek. Dit document vormt zodoende geen kant en klaar handboek dat in detail is uitgewerkt maar een richtlijn en hulpmiddel waarmee opleidingen het eigen praktijkleerprogramma kunnen inrichten. De projectgroep is van mening dat hiermee de ontwikkeling van het onderwijs het beste gediend is. Ervaring leert immers dat eigenaarschap vooral ontstaat als er voldoende ruimte is voor eigen invulling en interpretatie.

De richtlijn is geschreven in opdracht van het Landelijk Opleidingsoverleg MANP (LOO-MANP) in samenwerking met een projectgroep en met docenten van de MANP-opleidingen in Nederland en praktijkopleiders waar zij mee samenwerken. Een speciaal woord van dank gaat uit naar Inge Pool voor haar deskundig advies. De richtlijn is eigendom van het LOO-MANP, wordt jaarlijks geëvalueerd en indien noodzakelijk bijgesteld.

Overnemen van teksten uit deze richtlijn is natuurlijk geen bezwaar maar graag met bronvermelding.

Lia van Straalen, april 2020.

Colofon

Ingangsdatum: Studietoestand 2021

Opdrachtgever: Landelijk Opleidingsoverleg MANP

Aangeboden aan College Specialismen Verpleegkunde (CSV): 12 januari 2021

Vindplaats: Verkrijgbaar bij de opleidingen tot verpleegkundig specialist in Nederland

© LOO-MANP, 7 september 2020

Leeswijzer en gebruiksaanwijzing

In dit document worden eerst algemene ontwikkelingen besproken die ten grondslag liggen aan de keuze voor EPA's voor een praktijkopleiding. Deze informatie staat in de inleiding. Daarna wordt in hoofdstuk twee uitgebreider ingegaan op het concept EPA, de mogelijkheden, beperkingen en voorwaarden voor de praktijkopleiding van een vios.

In hoofdstuk drie worden de vijf kern-EPAs voor de vios beschreven. De kern-EPA's worden door de opleidingsgroep op maat gemaakt ten behoeve van het individueel praktijkopleidingsplan van een vios. Hoofdstuk vier gaat op een praktische manier in op de relatie tussen de praktijkopleiding, de EPA's en het bepalen van het noodzakelijke supervisieniveau. In hoofdstuk vier worden criteria voor een individueel praktijkopleidingsplan beschreven en wordt de functie van de opleidingsgroep besproken.

Hoofdstuk vijf geeft informatie over de meest voorkomende informatiebronnen (toetsen) die een opleidingsgroep informeren over de vorderingen in het leerproces van een vios in de praktijk. Wat zijn goede informatiebronnen en hoe dienen ze gebruikt te worden? Opleidingen zijn vrij in het bepalen welke informatiebronnen zij gebruiken. Een beschrijving van de meest gebruikte informatiebronnen is opgenomen evenals criteria om goede informatiebronnen te selecteren.

In hoofdstuk zes komt het voortgangsgesprek aan de orde waarin besproken wordt of een vios op de goede weg is wat betreft het ontwikkelen van de beroepscompetenties.

Relevante begrippen worden in de tekst zelf toegelicht.

1. Inleiding en verantwoording

Het werken met EPA's in een praktijkopleiding is nog betrekkelijk nieuw. Het concept is afkomstig van Prof. dr. Olle ten Cate uit het UMC te Utrecht. De eerste wetenschappelijke publicaties over EPA's dateren uit de periode 2005-2008 (Spenkelink-Schut, Ten Cate, & Kort, 2008; Ten Cate, 2005; Ten Cate & Scheele, 2007). Een goed toegankelijk en begrijpelijk Nederlandstalig artikel over EPA's voor de verpleegkundige opleidingen werd in 2008 gepubliceerd door Pool, Aantjes, Kleijer en Ten Cate (2008).

De algemene aanleiding om over te gaan tot het beschrijven van EPA's voor een praktijkopleiding, (niet specifiek voor de MANP opleidingen), is gelegen in de introductie van het competentiegericht onderwijs enkele decennia geleden. Competenties werden geïntroduceerd om beroepsbeoefenaren in opleiding beter voor te bereiden op de eisen van een specifieke beroepspraktijk. Inmiddels weten we niet beter en is iedere beroepsopleiding gebaseerd op beroepscompetenties die in de meeste gevallen door leden van de beroepsgroep zelf zijn opgesteld. Dit is ook het geval met de beroepscompetenties van de verpleegkundig specialist die in een nieuw beroepsprofiel in 2019 werden gepubliceerd (V&VN, 2019).

Maar terug naar competenties. Het probleem met competenties is dat het beschrijvingen zijn van persoonskenmerken die gewenst beroepsgedrag mogelijk maken. Competenties zijn daarom niet zo makkelijk te toetsen. Voor goede toetsing in de praktijk is een tussenstap nodig. Soms is deze tussenstap vorm gegeven via kritische beroepsactiviteiten (KBA's) of kritische beroepssituaties (KBS-en). Voor de praktijkopleiding van de vios zijn dit nu de vijf kern-EPA's.

De KBA's van de vroegere vijf specialismen van de verpleegkundig specialist zijn tot stand gekomen in een periode dat er nog weinig verpleegkundig specialisten waren. Inmiddels is de verpleegkundig specialist volwassen en kan zij of hij in de rol van praktijkopleider goed aangeven welke concrete activiteiten in een specifieke praktijk geleerd en zelfstandig beheerst moeten worden. Het werken met EPA's ondersteunt daarmee de groeiende rol van de verpleegkundig specialist als praktijkopleider. De verpleegkundig specialist als praktijkopleider krijgt door het werken met EPA's meer invloed op het opleiden van nieuwe beroepsgenoten. Dit past bij de ontwikkelingsfase van het beroep. Een van de kenmerken van een professional is immers dat zij invloed hebben op de selectie van nieuwe beroepsgenoten (Freidson, 2001).

Het werken met EPA's past ook goed bij de snelheid waarmee de beroepspraktijk zich tegenwoordig ontwikkelt. Veel kennis veroudert snel en wat geleerd wordt in een opleiding is steeds meer een fase in een levenslange ontwikkeling. Leerprocessen zijn nooit af. Kritisch analytische competenties maar ook morele competenties gericht op zelfinzicht en zelfsturing (de bovenkant van de T in het T-shaped model in het beroepsprofiel) worden voor toekomstige professionals steeds belangrijker om een goede professional te zijn.

MANP opleidingen in Nederland hebben een generiek karakter (behalve de GGZ-VS te Utrecht). Dat wil zeggen dat kennis en vaardigheden die nodig zijn in een specifieke beroepspraktijk niet tot in detail in het cursorisch onderwijs aangeboden en getoetst worden. En om die specifieke expertise gaan het nu juist wel in de klinische praktijk. Dit is ook de reden dat het praktijkleerprogramma omvangrijk is (⅔ deel van de opleiding). Het leren van experts in de praktijk is net zo belangrijk als het cursorisch leren en behoeft zorgvuldige beoordeling. Ook dit wordt mogelijk via het werken met EPA's.

2. Wat is een EPA?

Een *entrustable professional activity* of EPA is een specifieke beroepsactiviteit of taak die je aan een student, in dit geval een vios, toevertrouwt nadat je hebt vastgesteld dat een vios deze activiteit beheerst. Je vertrouwt de vios dat zij/hij deze activiteit in het vervolg naar behoren en op eigen verantwoordelijkheid kan uitvoeren. Daarbij gaat het om de integratie van competenties in een concrete situatie waarbij het begrip *vertrouwen* een belangrijke plaats inneemt. Op het essentiële begrip vertrouwen in relatie tot de toetsing van klinische leerprocessen wordt later in dit document ingegaan.

Inge Pool et al. geven in een artikel uit 2008 zes punten waarmee de kwaliteit van een EPA kan worden beoordeeld:

- 1) *Is een EPA een activiteit die je per se getoetst wil zien?* Een voorbeeld van een activiteit die je per se getoetst wil zien in de praktijkopleiding van een vios is het zelfstandig stellen van een medische (vervolg) diagnose op grond van klachten of problemen van een patiënt. Diagnosticeren als activiteit staat duidelijk beschreven in het beroepsprofiel en geldt voor alle vios ongeacht de praktijk waarin zij worden opgeleid.
- 2) *Is de EPA een afgeronde eenheid die je kunt toevertrouwen aan een vios?* Professioneel gedrag laten zien is geen afgeronde eenheid. Behandelen van een specifieke klacht of probleem is dit wel, evenals het indiceren van een (verpleegkundig specialistische) behandeling.
- 3) *Is de activiteit toe te vertrouwen?* Inge Pool e.a. schrijven dat EPA's activiteiten zijn binnen de patiëntenzorg, dus klinische activiteiten. Het beroepsprofiel van de verpleegkundig specialist geeft echter aan dat ook niet klinische activiteiten bijvoorbeeld deskundigheidsbevordering een belangrijke beroepsactiviteit is. Bij deze activiteit is het echter lastiger vast te stellen wat nu het niveau van vertrouwen is. Kun je een vios *vertrouwen* om vanaf moment X zelfstandig deskundigheidsbevordering te geven?
- 4) *Is de EPA beschreven als een concrete activiteit?* Diagnosticeren of behandelingen uitvoeren zijn algemene activiteiten die pas specifiek worden (dus geschikt als EPA) als ze gericht worden op een bepaald probleem in een bepaalde beroepscontext. Diagnosticeren bij veelvoorkomende klachten in de huisartsenpraktijk vergt andere kennis en vaardigheden dan diagnosticeren bij complexe wonden. De concreetheid van een EPA zit hem dus ook in het helder benoemen per EPA welke specifieke kennis en vaardigheden geleerd moeten worden in de betreffende praktijk. Doorgaans kunnen alleen ervaren verpleegkundig specialisten en medici in een bepaalde context dit niveau van concreetheid benoemen.
- 5) *Is de titel vrij van termen die met vaardigheidsniveau te maken hebben?* EPA's moeten eenheden van werk zijn en geen kenmerken van personen. In de titel zou je daarom geen begrippen als *adequaat* of *zorgvuldig* moeten opnemen. In de informatiebronnen (bijvoorbeeld een KPB/KKB) die vaststellen of een EPA voldoende beheerst wordt kan dit natuurlijk wel.
- 6) *Is de EPA niet te breed?* EPA's moeten gericht zijn op eenheden van het werk die ook goed getoetst kunnen worden. De kern-EPA's voor de vios zijn vrij breed. Daarom in het belangrijk de kern-EPA's uit te werken ten behoeve van een individueel praktijkopleidingsplan. Het is aan de opleidingsgroep om hier in eerste instantie een voorstel voor te doen.

3. Vijf kern-EPA's voor de Vios

Een Vios leert in de praktijk zelfstandig functioneren ten aanzien van tenminste vijf kern-EPA's. De keuze voor deze vijf kern-EPA's is gebaseerd op het gemeenschappelijk deskundigheidsgebied van de VS zoals beschreven in het beroepsprofiel.

De vijf Kern-EPA's zijn:

- 1) (Aanvullende) diagnose stellen ten aanzien van....(*klacht of probleem*)
- 2) Behandelen van(*diagnose, klacht of probleem*)
- 3) Regievoeren ten aanzien van(*doelgroep*)
- 4) (AGZ) Bevorderen zelfmanagement en eigen regie van..... (*doelgroep*)
(GGZ) Bevorderen empowerment en herstel van.....(*doelgroep*)
- 5) Kwaliteit van zorg bevorderen van (*onderwerp of doelgroep*)

Door de Kern-EPA's in het individuele praktijkopleidingsplan te specificeren naar aandachtsgebied, behandelspectrum en met name expertisegebied worden zij specifiek, dus toetsbaar.

Expertisegebieden zijn niet statisch maar ontwikkelen zich naar gelang de ontwikkeling in de klinische praktijk. De hieronder genoemde voorbeelden van expertisegebieden zijn afkomstig uit het beroepsprofiel (V&VN, 2019).

De expertisegebieden:

AGZ: Pijn, complexe wondzorg, incontinentie, oncologie, dermatologie, neonatologie, verstandelijk gehandicaptenzorg, huisartsenzorg, ambulancezorg, spoedeisende hulp, ouderenzorg, jeugdgezondheidszorg, reumatologie en palliatieve zorg.

GGZ: Licht verstandelijk beperkten met psychiatrische comorbiditeit, transculturele psychiatrie, forensische psychiatrie en verslavingszorg.

Hieronder volgen de formats voor de vijf kern-EPA's. Het format is gebaseerd op de richtlijnen en aanwijzingen zoals beschreven door Ten Cate et al. (2005) enerzijds en door een raadpleging via email onder VS netwerken anderzijds. Bij iedere kern-EPA zijn suggesties gedaan voor informatiebronnen (toetsen).

Kern-EPA 1 (Aanvullend) diagnose stellen ten aanzien van (klacht of probleem)

Titel	(Aanvullend) diagnose stellen ten aanzien van(klacht of probleem)
	(aanvullend) diagnose stellen (medische- en of verpleegkundig) op basis van klinisch redeneren
Specialisme	AGZ/GGZ
Specificaties en beperkingen	Aandachtsgebied: Behandelspectrum: Expertisegebied: Beperkingen: (waar geldt de EPA niet?)
Relatie tot algemene competenties. Welke vier zijn het meest van toepassing?	○ Klinische expertise ○ Communicatie ○ Samenwerking ○ Organisatie ○ Gezondheidsbevordering ○ Wetenschap ○ Professionaliteit

Vereiste kennis, vaardigheden, houding en gedrag om deze EPA uit te voeren	Kennis: - Kennis van differentiaal diagnose, (lokale) protocollen en behandelingsmogelijkheden van de meest voorkomende klinische presentaties (minimaal 6). - Kennis van relevante medische en verpleegkundige diagnoses - Kennis van relevante richtlijnen Vaardigheid: - Anamnese - Lichamelijk onderzoek - Psychiatrisch onderzoek - Communicatie met patiënt/familie/mantelzorg - Verslaglegging en correspondentie - Time-management en organisatie Houding en gedrag - Bereiken van gedeeld begrip met patiënt/familie/mantelzorg - Doelmatigheid en kostenbewustzijn m.b.t. aanvullend onderzoek - Kennen van eigen beperkingen - Transparantie in het leerproces - Tijdig supervisie/feedback vragen
Informatiebronnen om de voortgang te evalueren en verantwoord bekwaamheid te kunnen verklaren	KPB's Patiënt bespreken in MDO Casus bespreking (CBD) Verslaglegging dossier Verwijs/ontslagbrief Klinische casestudie diagnostiek CAT
Geschatte fase van de opleiding/stage waarop niveau 4 moet worden bereikt (ongesuperviseerd)	

Kern-EPA 2 Behandelen van (diagnose of probleem)

Titel	Behandelen van.....(diagnose of probleem)
	Medische en/of verpleegkundige behandeling en/of follow up (inclusief farmacotherapie) op basis van klinisch redeneren
Specialisme	AGZ/GGZ
Specificaties en beperkingen	Aandachtsgebied: Behandelspectrum: Expertisegebied: Beperkingen: (waar geldt de EPA niet?)
Relatie tot algemene competenties. Welke vier zijn het meest van toepassing?	○ Klinische expertise ○ Communicatie ○ Samenwerking ○ Organisatie ○ Gezondheidsbevordering ○ Wetenschap ○ Professionaliteit

Vereiste kennis, vaardigheden, houding en gedrag om deze EPA uit te voeren	Kennis: - Kennis van differentiaal diagnose, (lokale) protocollen en behandeling van de meest voorkomende klinische presentaties (minimaal 6). - Kennis van relevante richtlijnen - Kennis van relevante uitkomstmaten Vaardigheid: - Anamnese en lichamelijk (psychiatrisch) onderzoek - Communicatie met patiënt/familie/mantelzorg - Verslaglegging en correspondentie - Time-management en organisatie Houding en gedrag - Bereiken van gedeeld begrip met patiënt/familie/mantelzorg - Bereiken van gemeenschappelijke besluitvorming - Doelmatigheid en kostenbewustzijn m.b.t. aanvullend onderzoek - Kennen van eigen beperkingen - Transparantie in het leerproces - Tijdig supervisie vragen
Informatiebronnen om de voortgang te evalueren en verantwoord bekwaamheid te kunnen verklaren	KPB's Patiënt bespreken in MDO Casus bespreking (CBD) Verslaglegging dossier Verwijs/ontslagbrief Behandelplan (Sixstep) CAT
Geschatte fase van de opleiding/stage waarop niveau 4 moet worden bereikt (ongesuperviseerd)	

Kern-EPA 3 Regie voeren ten aanzien van... (doelgroep)

Titel	Regievoeren ten aanzien van(doelgroep)
	De regievoering is gericht op ketenzorg over de grenzen van de eigen afdeling of instelling heen
Specialisme	AGZ/GGZ
Specificaties en beperkingen	Aandachtsgebied: Behandelspectrum: Expertisegebied: Beperkingen: (waar geldt de EPA niet?)
Relatie tot algemene competenties. Welke vier zijn het meest van toepassing?	- o Klinische expertise - o Communicatie - o Samenwerking - o Organisatie - o Gezondheidsbevordering - o Wetenschap - o Professionaliteit
Vereiste kennis, vaardigheden, houding en gedrag om deze EPA uit te voeren	Kennis: - <i>Patiënt journey</i> - Sociale kaart

	- Kennis van de expertise van relevante samenwerkingspartners Vaardigheid: - Indiceren en coördineren - <i>Patient advocacy</i> - Communicatie met patiënt/familie/mantelzorg - Verslaglegging en correspondentie - Time-management en organisatie Houding en gedrag - Pro-actief - Bereiken van gedeeld begrip met patiënt/familie/mantelzorg - Bereiken van gemeenschappelijke besluitvorming - Kennen van eigen beperkingen - Transparantie in het leerproces - Tijdig supervisie vragen
Informatiebronnen om de voortgang te evalueren en verantwoord bekwaamheid te kunnen verklaren	Patiënt bespreken in MDO Verslaglegging dossier Verwijs/ontslagbrief Casus bespreking (CBD)
Geschatte fase van de opleiding/stage waarop niveau 4 moet worden bereikt (ongesuperviseerd)	

Kern-EPA 4 Bevorderen zelfmanagement en eigen regie (AGZ) / empowerment en herstel (GGZ) van(doelgroep)

Titel	Bevorderen zelfmanagement en eigen regie (AGZ)/empowerment en herstel (GGZ) van (.....doelgroep)
	<i>Evidence-based</i> toepassing gericht op meetbare uitkomsten
Specialisme	AGZ GGZ
Specificaties en beperkingen	Aandachtsgebied: Behandelspectrum: Expertisegebied: Beperkingen: (waar geldt de EPA niet?)
Relatie tot algemene competenties. Welke vier zijn het meest van toepassing?	○ Klinische expertise ○ Communicatie ○ Samenwerking ○ Organisatie ○ Gezondheidsbevordering ○ Wetenschap ○ Professionaliteit
Vereiste kennis, vaardigheden, houding en gedrag om deze EPA uit te voeren	Kennis: - Motivatietheorieën - Gedragsveranderende theorieën - Meten van effecten - Relevante richtlijnen en protocollen Vaardigheid: - Communicatie met patiënt/familie/mantelzorg - Verslaglegging en correspondentie - Time-management en organisatie Houding en gedrag - Bereiken van gedeeld begrip met patiënt/familie/mantelzorg - Bereiken van gemeenschappelijke besluitvorming

	- Kennen van eigen beperkingen - Transparantie in het leerproces - Tijdig supervisie vragen
Informatiebronnen om de voortgang te evalueren en verantwoord bekwaamheid te kunnen verklaren	KPB's Patiënt bespreken in MDO Casus bespreking (CBD) Verslaglegging dossier Verwijs/ontslagbrief Behandelplan (Sixstep) CAT
Geschatte fase van de opleiding/stage waarop niveau 4 moet worden bereikt (ongesuperviseerd)	

Kern-EPA 5 Kwaliteit van zorg bevorderen van ...(onderwerp of doelgroep)

Titel		Kwaliteit van zorg bevorderen van (onderwerp of doelgroep)
		Op basis van een analyse verbeteren van een probleem in de zorg aan patiënten waarbij gebruik gemaakt wordt van (wetenschappelijke) kennis en diverse kwaliteitszorgmethodieken.
Specialisme		AGZ/GGZ
Specificaties en beperkingen		Aandachtsgebied: Behandelspectrum: Expertisegebied: Beperkingen: (waar geldt de EPA niet?)
Relatie tot algemene competenties. Welke vier zijn het meest van toepassing?	○	○ Klinische expertise ○ Communicatie ○ Samenwerking ○ Organisatie ○ Gezondheidsbevordering ○ Wetenschap ○ Professionaliteit
Vereiste kennis, vaardigheden, houding en gedrag om deze KBA uit te voeren		Kennis: - Epidemiologie - Wetenschappelijk onderzoek en analyse - Kwaliteitsstandaarden en richtlijnen - Kwaliteitszorgmethodieken Vaardigheid: - Dataverwerking - Datapresentatie - Schrijf- en presentatievaardigheid - Time-management en organisatie - Faciliteren van veranderingsprocessen Houding en gedrag - Doelmatigheid en kostenbewustzijn - Kennen van eigen beperkingen - Transparantie in het leerproces

		- Tijdig supervisie vragen
Informatiebronnen om de voortgang te evalueren en verantwoord bekwaamheid te kunnen verklaren		Evaluatieinstrumenten Presentaties Zorgproces analyse (<i>patient-journey</i>) CAT
Geschatte fase van de opleiding/stage waarop niveau 4 moet worden bereikt (ongesuperviseerd)		

3.1 Kracht en beperkingen van het werken met EPA's

In de kracht van de EPA's zit ook vaak de beperking. Goede EPA's zijn specifiek en toegespitst op realistische activiteiten in een bepaalde klinische praktijk en sluiten aan bij de beroepscompetenties. Duidelijk beschreven EPA's geven de praktijk en de opleiding inzicht in houvast in de begeleiding en beoordeling, vergroten de validiteit van de beoordeling en verminderen ongewenste variatie binnen het beroep.

Echter, de klinische praktijk is altijd in ontwikkeling. Nieuwe expertisegebieden ontwikkelen zich, andere expertisegebieden raken op de achtergrond. EPA's kunnen daarom gedateerd raken waardoor hun validiteit voor het opleiden vermindert.

Voor de MANP opleidingen is daarom gekozen voor EPA's met een half open structuur waardoor enerzijds recht gedaan wordt aan de kerntaken zoals beschreven in het beroepsprofiel. Anderzijds biedt de half open structuur de ruimte om steeds aan te sluiten bij de actuele ontwikkeling van het beroep in de praktijk en bij de startbekwaamheid van een specifieke vios.

4. De praktijkopleiding

In dit hoofdstuk wordt de praktijkopleiding nader besproken. Wat is het onderwijskundig ontwerp van de praktijkopleiding? Waaraan herken je een goede praktijkopleiding? Hoe schrijf je als opleidingsgroep een goed individueel praktijkopleidingsplan gebaseerd op EPA's en wat is de verantwoordelijkheid van de opleidingsgroep?

4.1 Onderwijskundig ontwerp van de praktijkopleiding

Het onderwijskundig ontwerp van de praktijkopleiding van een verpleegkundig specialist is gebaseerd op de inzichten die *Programmatisch toetsen en beoordelen* genoemd worden. Programmatisch toetsen en beoordelen is ontwikkeld om de betekenis van beoordelingen voor het leerproces te optimaliseren en daarmee het zelfsturend leren te bevorderen. Volgens Van der Vleuten et al. (2010) betekent programmatisch toetsen en beoordelen het volgende voor de inrichting van een programma:

- a) dat een summatieve beoordeling (*high stake*) wordt gebaseerd op meerdere formatieve toetsingen (*low stake*);
- b) dat de validiteit van een toets of beoordeling niet in het instrument ligt maar in de gebruiker van het instrument;
- c) dat formatieve beoordelingen het leerproces sturen;
- d) dat beoordeling door een expert noodzakelijk is.

4.2 Voorwaarden voor een goede praktijkopleiding

Het opleiden van een vios in de praktijk is een gedeelde verantwoordelijkheid van zowel opleiding als praktijk. De opleiding zorgt dat het generalistische deel van het beroep wordt aangeleerd en getoetst. De praktijk zorgt dat de vios werkt aan de doelen zoals beschreven in het individuele praktijkopleidingsplan.

Om goed te kunnen leren moet de praktijkopleiding aan een aantal voorwaarden voldoen. De Vries, Brand en Heineman (2012) beschrijven deze voorwaarden als volgt:

- 1) **De aard van de werkzaamheden** moet passen bij activiteiten (EPA's) die geleerd moeten worden. Niet iedere werkplek is voldoende geschikt, bijvoorbeeld omdat er nog geen gedeeld begrip is over de noodzaak van taakverschuiving van het medisch naar het verpleegkundig specialistisch domein. Als de aard van de werkzaamheden niet voldoende past of niet compleet of uitdagend genoeg is, moeten stages worden afgesproken. De opleidingsgroep kan aangeven in welke mate dit noodzakelijk is en waar de stage precies gelopen moet worden en met welk doel.
- 2) **De kwaliteit van de begeleiding en het leerklimaat.** Zorgen voor goede begeleiding en een veilig leerklimaat is niet alleen een verantwoordelijkheid van de praktijkopleider maar van alle betrokkenen binnen de opleidingsgroep, alsmede de docent in de rol van studietoetscoach of studiebegeleider. De praktijkopleider zorgt dat zij/hij goed toegerust is voor de rol door het volgen van specifieke trainingen of cursussen. Het College Specialismen Verpleegkunde (CSV) heeft in 2014 de bekwaamheden van een praktijkopleider vastgelegd in een competentieprofiel (Bijlage 1).¹

¹ <https://vsregister.venvn.nl/Portals/35/downloads/Competentieprofiel-praktijkopleider-VS.pdf>

- 3) **Toenemende onafhankelijkheid.** EPA's zijn gericht op het ontwikkelen van vertrouwen in een vios ten aanzien van de afgesproken activiteiten. Bij de voortgangsgesprekken is het niveau van vertrouwen daarom de centrale vraag die beantwoord moet worden.

Niveaus van supervisie

Hieronder staan de vijf supervisieniveaus vermeld en uitgelegd (Ten Cate, 2005). Aan de hand van de inschatting van het noodzakelijke supervisieniveau wordt de zelfstandigheidsgroei van de vios bepaald. Hierbij is het wel belangrijk te beseffen dat een vios, zolang de opleiding duurt, werkt onder verantwoordelijkheid van de praktijkopleider c.q. opleidingsgroep. Aan het einde van de opleiding functioneert een vios op niveau 4.

- Niveau 1: Heeft de vereiste kennis/vaardigheid.
- Niveau 2: Mag de activiteit uitvoeren onder volledige supervisie. Dit is pro-actieve supervisie: de praktijkopleider bepaalt of en wanneer instructie of ingrijpen noodzakelijk is.
- Niveau 3: Mag de taak uitvoeren onder beperkte supervisie. Dit is reactieve supervisie: de vios geeft aan of en wanneer instructie of hulp van de praktijkopleider nodig is. De supervisor is echter nog steeds verantwoordelijk.
- **Niveau 4: Mag de activiteit uitvoeren zonder supervisie. Het is belangrijk om hierbij op te merken dat de bevoegdheid als zelfstandig behandelaar samenhangt met de registratie als VS in de wet BIG.**
- Niveau 5: Mag zelf supervisie geven over de activiteiten van anderen.

Niveau 1: het vaststellen van de vereiste kennis/vaardigheid voor een EPA is voor de opleiding tot verpleegkundig specialist erg belangrijk. Verpleegkundig specialisten volgen immers een generieke opleiding. Specialistische kennis en vaardigheden worden merendeels in de praktijk opgedaan.² Diepgaande specialistische kennis en vaardigheden zijn echter wel nodig om een EPA zelfstandig te kunnen uitvoeren. Een voorbeeld van een generieke vaardigheid is het aanleren van algemeen lichamelijk onderzoek binnenschools. In de beroepspraktijk moet deze generieke vaardigheid toegepast worden ten behoeve van de diagnostiek t.a.v. een bepaald probleem of klacht van een specifieke patiënt. De praktijk toetst of de vios voldoende onderliggende kennis heeft van de specifieke klacht of het specifieke probleem. De ervaring leert dat een vios vaak moeite heeft met transparant klinisch redeneren als ze dit in hun verpleegkundige vooropleiding onvoldoende methodisch en systematisch hebben geleerd. Het zicht krijgen op het niveau van de onderliggende kennis in relatie tot klinisch redeneren is daarom een belangrijke taak van een praktijkopleider. Je wilt dat de vios het goede doet vanwege de juiste argumenten. Zicht houden op onderliggende kennis geldt in feite voor alle supervisie niveaus, niet alleen voor niveau 1.

Niveau 2: In de loop van het eerste leerjaar zal een zekere zelfstandigheid optreden ten aanzien van een bepaalde klinische taak of EPA. De snelheid waarmee geleerd wordt heeft te maken met de eerdere beroepservaring van de vios en voldoende gelegenheid (patiënten zien) om te oefenen. Omdat de eerdere ervaringen van een vios zeer verschillend zijn zal het leertempo per vios verschillen.

Niveau 3: Als de zelfstandigheid niet goed vordert, is dit een reden om aan de bel te trekken. Uiteindelijk moet een vios aan het einde van de opleiding alle afgesproken EPA's op niveau 4 beheersen voor het overeengekomen expertisegebied. In onderstaande tabel is deze groei schematisch weergegeven.

² De VS-GGZ biedt in dezen een ander programma aan

Niveau 4: Bij iedere EPA wordt in het individuele praktijkopleidingsplan aangegeven wanneer het vereiste niveau van zelfstandigheid is bereikt. Zoals gezegd variëren vios hierin. Iedere vios heeft twee jaar de tijd om voor alle EPA's **niveau vier** te bereiken. Het niet bereiken van niveau vier voor de verplichte EPA's binnen de opleidingstijd geeft aanleiding de praktijkopleiding te verlengen. Bij een vios die **heel snel** het gewenste zelfstandigheidsniveau behaalt, bijvoorbeeld al binnen een jaar, is het ambitieniveau inclusief de toetsing misschien te laag of te smal ingestoken of is de taakverschuiving vanuit het medisch domein misschien niet voldoende geïntegreerd in de activiteiten. Het (te) snel bereiken van niveau 4 moet leiden tot nader onderzoek van de docent en de praktijkopleider.

Niveau 5: Dit is het niveau van de praktijkopleider zelf. Zij/hij kan supervisie geven aan de vios omdat hij/zij zelf een ervaren verpleegkundig specialist of medicus is in het specifieke veld en daarnaast bekwaam in het opleiden in een beroepspraktijk.

Het schrijven van een individueel praktijkopleidingsplan op basis van EPA's vormt de start van de praktijkopleiding. Het is een taak van de praktijkopleider (VS) i.s.m. de leden van de opleidingsgroep om een voorstel voor dit individuele praktijkopleidingsplan te schrijven. Het is een taak van de **opleiding** om te besluiten of het individuele praktijkopleidingsplan aan de gestelde eisen voldoet. Het individuele praktijkopleidingsplan is voor zowel de opleidingsgroep als de opleiding het voertuig waarmee de kwaliteit van de praktijkopleiding wordt gestuurd en geborgd.

4.3 Het begrip vertrouwen

De hoofdvraag die bij praktijkbeoordeling op basis van EPA's moet worden beantwoord is: *“kunnen wij deze vios voldoende vertrouwen om X taak of activiteit uit te voeren zonder directe supervisie”?*

Ten Cate (2016) schrijft over het begrip vertrouwen dat, in zijn algemeenheid, aan een aantal condities moet zijn voldaan voordat de ene persoon de andere persoon iets kan toevertrouwen. Het gaat om de begrippen *ability*, *integrity*, *reliability* en *humility*. In onderstaande tabel worden deze begrippen toegelicht (vertaling LvS).

Tabel 1 Het begrip vertrouwen

Conditie	Kenmerken
Vermogen	Competentie, waaronder specifieke competenties en mijlpalen.
Integriteit	Welwillendheid/goedwillendheid, goede intenties hebben, eerlijkheid, waarheidsgetrouw.
Betrouwbaarheid	Consciëntieus werken en voorspelbaar gedrag laten zien.
Bescheidenheid	Onderkennen van eigen beperkingen en de wil om hulp te vragen als dat nodig is.

4.4 Stappen om te komen tot een individueel praktijkopleidingsplan

In het landelijk opleidingsprofiel (LOO-MANP, 2020) staat de procedure om tot een individueel opleidingsplan te komen in acht stappen beschreven.

- Stap 1: Selectie van de vios voor een praktijkopleidingsplaats door de praktijkinstelling
- Stap 2: Aanmelding bij de opleidingsinstelling
- Stap 3: Intakegesprek door hoofdopleider (of door hoofdopleider aangewezen docent), vaststellen toelaatbaarheid en algemeen doel van de opleiding, afspraken over leeromgeving (tripartite overeenkomst).

- Stap 4: Formeren opleidingsgroep door praktijkinstelling.
- Stap 5: Schrijven concept individueel praktijkopleidingsplan door opleidingsgroep.
- Stap 6: Indienen concept individueel praktijkopleidingsplan bij opleidingsinstelling
- Stap 7: Vaststellen individueel praktijkopleidingsplan door opleiding
- Stap 8: Start opleiding, bijstellen individueel praktijkopleidingsplan per semester of volgens afspraak.

Soms zullen niet alle acht stappen al afgerond zijn bij de start van de opleiding. Het verdient aanbeveling om daar wel zoveel mogelijk naar te streven. Sommige opleidingen vragen naast het individuele praktijkopleidingsplan ook een Persoonlijk Ontwikkelplan (POP) van de vios. Omdat niet alle opleidingen dit doen wordt niet nader ingegaan op een POP.

4.5 Criteria voor een individueel praktijkopleidingsplan van de vios

- 1) Bevat het plan alle **juiste gegevens** (namen, adressen, bereikbaarheid, beroep) van alle leden van de opleidingsgroep als van de opleiding?
- 2) Beschrijft het plan duidelijk **waarvoor** wordt opgeleid (specialisme, aandachtsgebied, expertisegebied)?
- 3) Staat duidelijk beschreven welke **rollen** de leden van de opleidingsgroep vervullen in de praktijkopleiding?
- 4) Zijn kern-EPA's voldoende **specifiek** uitgewerkt voor de betreffende vios?
- 5) Geeft het plan een beeld van de **mogelijkheden of onmogelijkheden** van de betreffende afdeling om het specialisme in de volle breedte te leren?

Tabel 1 EPA competentiematrix

	De CanMEDS competentiegebieden van de verpleegkundig specialist						
	Klinische expertise	Communicatie	Samenwerking	Organisatie	Gezondheidsbevordering	Wetenschap	Professionaliteit
EPA 1 (Aanvullende) diagnose stellen t.a.v.....	x	x				x	x
EPA 2 Behandelen van	x	x				x	x
EPA 3 Regie voeren t.a.v.	x	x	x	x			x
EPA 4 Zelfmanagement bevorderen etc. van.....	x	x			x	x	
EPA 5 Kwaliteit van zorg bevorderen van			x	x		x	x

4.6 De opleidingsgroep

De opleidingsgroep is verantwoordelijk voor het schrijven van de eerste aanzet voor het opleidingsplan van de vios. In de opleidingsgroep zijn personen vertegenwoordigd die samen alle rollen vervullen die nodig zijn om een vios goed op te leiden in de praktijk. Voor een goede praktijkopleiding is **dagelijkse werkbegeleiding** en supervisie nodig en **mentorschap**. De titel **praktijkopleider** is voorbehouden aan een verpleegkundig specialist die door de registratiecommissie als praktijkopleider erkend is. Praktijkopleiders kunnen naast deze formele rol ook bovenstaande functionele rollen tegelijkertijd vervullen. De praktijkopleider voldoet aan het competentieprofiel voor de praktijkopleider dat door het CSV is vastgesteld.³

Een medisch specialist kan de rol van praktijkopleider vervullen. Dit komt echter minder voor omdat het aantal verpleegkundig specialisten toeneemt. De meeste opleidingen vinden het noodzakelijk, vanwege de taakverschuiving, dat een medicus betrokken blijft bij de praktijkopleiding van de vios in de rol van mentor of werkbegeleider. Daarnaast komt het ook voor dat een **manager** of leidinggevende direct betrokken is bij de opleidingsgroep bijvoorbeeld als de implementatie van de rollen van de verpleegkundig specialist tijdens de opleiding en de positionering in een team nog veel afstemming en overleg vergen. Opleidingen hanteren verschillende benamingen voor de functionele rollen van mentor of dagelijkse werkbegeleider. Soms wordt ook de benaming leermeester gebruikt.

4.7 Rol van de docent in de opleidingsgroep

In principe maakt de **docent** ook deel uit van de opleidingsgroep maar dan in de rol van studiecoach of studiebegeleider. Ook voor deze rol hanteren opleidingen verschillende benamingen. De docent is niet op dagelijkse basis aanwezig bij de praktijkopleiding maar is wel verantwoordelijk voor het bewaken van de kwaliteit van de praktijkopleiding van de individuele student en de kwaliteit van de toetsing en beoordeling in de praktijk.

4.8 Leergesprekken in de praktijk

Leergesprekken hebben als doel leerdoelen te bespreken en de vios gericht feedback te geven op vorderingen in het leerproces in een bepaalde periode. Leergesprekken vinden meestal plaats met de mentor of leermeester. De mentor bepaalt samen met de vios de frequentie en de lengte van de leergesprekken. In het begin van de praktijkopleiding is de frequentie hoog, wellicht iedere week of iedere twee weken. Als de opleiding vordert, kan de frequentie naar behoefte worden bijgesteld. De vios schrijft, indien dit wordt gevraagd door de betreffende opleiding, korte reflecties van de leergesprekken en neemt deze op in het portfolio. De docent van de opleiding kan het leerproces volgen door het lezen van de verslagen van de leergesprekken. De opleiding neemt eventueel uitgebreidere criteria of bepalingen op in relatie tot het leergesprek. Embo, Driessen, Valcke, & Van der Vleuten (2010) beschrijven reflectief schrijven als een effectieve manier om reflectieve leerprocessen te stimuleren. Ze geven negen tips of criteria. Elementen die reflectief schrijven betekenisvol maken zijn:

1. relatie met relevante ervaringen;
2. duidelijk en betekenisvol voor het leerproces;
3. afgestemd op individuele leerbehoeften;
4. begeleid door goed geïnformeerde opleiders die reflectief leren kunnen bevorderen;
5. ondersteund door feedback op basis van de geschreven reflecties;
6. beoordeling via kwalitatieve criteria;

³ Het competentieprofiel van de praktijkopleider is bijgevoegd maar ook te vinden op de site van de beroepsvereniging V&VN.

7. bediscussieerd met begeleiders en *peers*;
8. vinden plaats in een veilige leeromgeving;
9. ondersteund door voldoende tijd voor reflectie en feedback.

4.9 Beoordelingsgesprekken

Het doel van een beoordelingsgesprek is vast te stellen of de vios zich voldoende en ook in voldoende tempo ontwikkelt ten aanzien van de EPA's en leerdoelen die in het individuele praktijkopleidingsplan zijn opgenomen. Landelijk zijn twee basiscriteria afgesproken voor het beoordelingsgesprek:

- 1) Ontwikkelt het niveau zich voldoende gezien de fase van de opleiding?**
- 2) Biedt de ontwikkelingsrichting en het ontwikkelingstempo voldoende vertrouwen in het behalen van het einddoel van de opleiding?**

Opleidingen hebben deze twee criteria verder uitgewerkt. De aard van de beoordelingen is als volgt: Na 6 maanden formatief, na 12 maanden summatief, na 18 maanden formatief en na 24 maanden summatief.

Hieronder staat een voorstel waarmee de vios het beoordelingsgesprek kan voorbereiden:

Vorbereiding:

- 1) datum, tijd en locatie vaststellen in overleg met de praktijkopleider en de docent
- 2) portfolio op orde brengen.
- 3) agenda maken voor het gesprek.
de standaard onderwerpen voor de agenda zijn:
 - wat heb ik geleerd de afgelopen periode?
 - welk zelfstandigheidsniveau heb ik behaald t.a.v. de afgesproken EPA's?
 - waar blijkt dat uit?
 - waar ga ik mijn leerproces in de volgende periode op richten?
 - wat behoeft bijstelling of aanpassing?
 - wat heb ik nodig voor het volgende semester en van wie?
- 4) deelnemers uitnodigen. Dit zijn de praktijkopleider, de medisch mentor en de docent van de opleiding. In sommige gevallen is het aan te bevelen ook de manager van de afdeling uit te nodigen.

Presentatie houden aan de hand van de agenda.

- de presentatie duurt niet langer dan 10 á 15 minuten.
- de vios kiest bij voorkeur zelf het medium (PPP, flip over)

Nabespreking en beoordeling.

Een beoordeling wordt uitgesproken en onderbouwd op basis van (een uitwerking van) bovenstaande twee beoordelingscriteria. Elk beoordelingsgesprek bevat ook een reflectief moment te aanzien van het praktijkleren waarbij minimaal de volgende punten ter sprake komen:

- aard van de werkzaamheden;
- kwaliteit van de begeleiding en leerklimaat;
- toenemende onafhankelijkheid.

Opleidingen variëren in de specifieke regels voor de beoordelingsgesprekken. Sommige opleidingen doen bijvoorbeeld alle vier gesprekken in de praktijk, anderen een deel, bij weer andere opleidingen vindt het voortgangsgesprek standaard plaats op de locatie van de opleiding.

4.10 Tips om de kwaliteit van de praktijkopleiding te monitoren

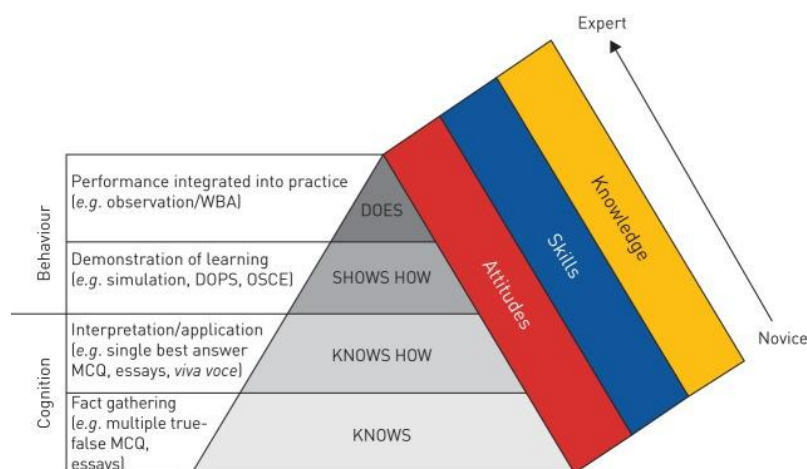
Hieronder staan een aantal punten die de praktijkopleider en/of de studiecoach kunnen inzetten om de kwaliteit van de praktijkopleiding te monitoren. De eerste zeven punten zijn gericht op de directe verantwoordelijkheid voor de opleiding van een individuele vios, de overige punten zijn meer gericht op invloed op het beleid van een instelling.

- 1) Vinden er op regelmatige basis leergesprekken plaats?
- 2) Hoe ervaart de vios de kwaliteit van de begeleiding en de feedback?
- 3) Is er voldoende tijd en ruimte om echt te leren?
- 4) Informeert het portfolio mij voldoende over de voortgang van de vios?
- 5) Heb ik voldoende zicht op het cursorisch onderwijs dat de vios volgt?
- 6) Maakt de vios voldoende gebruik van de onderwijsmogelijkheden die in of via de praktijk worden aangeboden?
- 7) Ben ik voldoende bereikbaar voor een vios als *trouble shooter* of vraagbaak?
- 8) Werkt de afdeling of de werkgever op een goede manier aan de implementatie en de positionering van de vios?
- 9) Ben ik als VS of zijn wij als vakgroep voldoende betrokken bij het opleidingsbeleid van de instelling waar wij samen mee opleiden?
- 10) Ben ik als VS of zijn wij als vakgroep voldoende betrokken bij de selectie van een nieuwe vios voor een praktijkopleidingsplaats?
- 11) Ben ik als VS of zijn wij als vakgroep voldoende betrokken bij de borging van de resultaten van een visitatie door de RSV?

5. Informatiebronnen

Informatiebronnen zijn alle resultaten van opdrachten of toetsen die beoordelaars of begeleiders informeren over de vorderingen van een vios ten aanzien van de beheersing van de beroepscompetenties. Informatiebronnen voor het leren in de praktijk worden altijd formatief ingezet. Iedere opleiding heeft eigen toetsen en eigen kwaliteitscriteria waaraan een toets moet voldoen. In het landelijk opleidingsprofiel staat dat een opleiding de toetsen ordent in een piramide zoals George Miller die in 1990 voor het eerst presenteerde op een congres in Canada (Miller, 1990). Toetsen worden daarbij onderscheiden in de mate waarin zij een beoordelaar informeren.

1. *Knows* niveau: toetsen op dit niveau informeren een beoordelaar over de kennis die een student kan reproduceren, bijvoorbeeld in een MC toets. Kennis is een voorwaarde om tot competentie te komen. Kennis alleen is niet voldoende om goede zorg te verlenen. Het gaat immers om het zinvol toepassen van de juiste kennis op het juiste moment bij de juiste patiënt.
2. *Knows how*: op dit niveau toets je de kennis die een student kan toepassen, bijvoorbeeld in een geschreven werkstuk zoals een beroepsproduct. Schrijfproducten toetsen vooral de vaardigheid van een vios om een onderwerp op een academische manier op papier te zetten. Over het algemeen wordt schrijven als proces gelijkgesteld aan denken. Schrijfproducten toetsen daarmee de academische denkvaardigheden gekoppeld aan een specifieke inhoud. Schrijfproducten toetsen geen klinische vaardigheden maar geven wel informatie over de kennisachtergrond, afhankelijk van het onderwerp en zijn daarmee ook waardevolle informatiebronnen.
3. *Shows how*: op dit niveau toets je gedrag dat een student demonstreert in een gesimuleerde omgeving op school of in de praktijk. De validiteit van een toets op dit niveau hangt sterk samen met de kwaliteit van de inrichting van de gesimuleerde omgeving. Een goed ingerichte simulatie heeft een redelijke voorspellende waarde voor beroepsgegedrag in de praktijk (Riley & Riley, 2008). Voor gedragsbeoordeling zijn observatieschalen noodzakelijk.
4. *Does*: op dit niveau toets je het beroepsgegedrag dat een student laat zien in de praktijk. Hier gaat het uiteindelijk om. Kan de vios in de praktijk laten zien dat hij/zij verantwoordelijkheid kan nemen voor de afgesproken EPA's? Beoordelen van dit niveau is gedragsbeoordeling in de praktijk waarbij vooral observatie komt kijken. De meeste instrumenten voor professioneel gedrag zijn op dit niveau gericht, bijvoorbeeld een KPB/KKB, een OSATS/DOPS of een MSF. Naar dit soort toetsvormen is veel onderzoek gedaan. Gedragsbeoordelingsformats zijn meestal algemeen van karakter omdat de waarde van de beoordeling niet zit in de uitgebreide operationalisatie van een schaal maar in de bekwaamheid van de persoon die beoordeelt (expert-beoordeling).



Figuur 1 Bron: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6717614/figure/F1/>

Opleidingen gebruiken de piramide van Miller om hun toetsen op de verschillende niveaus te ordenen en de diversiteit aan toetsen te laten zien. In de literatuur over toetsen en beoordelen wordt steeds uitdrukkelijk aangegeven dat het bij het verkrijgen van een goed beeld van de vorderingen van een student (vios in dit geval) niet gaat om het resultaat van een enkele toets maar om het beeld dat oprijst als resultaat van een zinvolle combinatie van toetsen op alle lagen van de piramide van Miller. Geen enkele toets is in zijn eentje goed genoeg. Het programmatisch toetsen en beoordelen is op dit inzicht gebaseerd.

5.1 Eisen aan informatiebronnen voor professioneel gedrag

Van Mook et al. (2009) schrijven dat je vijf eisen aan informatiebronnen (toetsen) voor professioneel gedrag kunt stellen. Een voorbeeld van een veel gebruikte informatiebron voor professioneel gedrag is de *Mini Clinical Evaluation Exercise*, in Nederland bekend geworden als KKB/KPB. Samen dragen deze eisen bij aan de bruikbaarheid (*utility*) van een toets. De bruikbaarheid van een informatiebron is het product van betrouwbaarheid, validiteit, acceptatiegraad, haalbaarheid en educatieve impact ($Utility = reliability \times validity \times acceptability \times feasibility \times educational\ impact$).

De bruikbaarheid van een toets of informatiebron om het noodzakelijke supervisieniveau te kunnen inschatten van een EPA kan bepaald worden door een antwoord te geven op de volgende vragen (Van Mook et al., 2009):

1. Is de toets of de informatiebron **betrouwbaar**? Betrouwbaarheid wordt beïnvloed door de kenmerken van de situatie (*intra-observer-reliability, inter-cases-reliability, context-specificity*), door de kenmerken van de beoordelaar (*inter-rater-reliability*) maar ook door de betrouwbaarheid van het instrument zelf. Betrouwbaarheid wordt verhoogd door verschillende bekwame beoordelaars in te zetten en de beoordeling frequent te herhalen.
2. Is de toets of de informatiebron **valide**? De validiteit wordt beïnvloed door de situatie die getoetst wordt (*gaat het om een voor de vios relevante beroepssituatie?*), de kwaliteit van de beoordelaar (*is de beoordelaar bekwaam en heeft de beoordelaar wel zelf geobserveerd?*). De validiteit wordt daarnaast beïnvloed door de scoringscriteria (*zijn de criteria voor zowel de beoordelaar als de beoordeelde relevant voor het professionele gedrag dat gewenst is?*). Stimuleert het instrument met zijn criteria gewenst gedrag? (*consequential validity*) en heeft het instrument ook voldoende onderscheidend vermogen? Dat wil zeggen dat het instrument onderscheid (*discriminating*) kan maken tussen goed of minder goed.
3. Is de toets of de informatiebron **acceptabel**? Het gaat hier om acceptabel vanuit het oogpunt van de student, van de praktijkopleider en van de opleiding. Helpt het instrument de student voldoende om te kunnen leren? Kan de student het de volgende keer beter doen? Geeft het instrument de praktijkopleider voldoende inzicht om de student te helpen om verder te komen maar ook om een oordeel uit te spreken als dat nodig is? Is het instrument voor de opleiding ook efficiënt in gebruik?
4. Is de toets of de informatiebron **kosteneffectief**? (*feasability*). Is de relatie tussen de kosten (op alle gebieden: benodigde tijdsinvestering, materiële kosten etc.) en wat het instrument oplevert aan informatie in orde?
5. En misschien het belangrijkste kenmerk: heeft de toets of de informatiebron voldoende **educatieve impact**? Met andere woorden, leert de student er echt van en leert de student ook het juiste gezien de gestelde eisen?

Er is veel onderzoek gedaan naar bovengenoemde kenmerken van informatiebronnen voor professioneel gedrag. Maar helaas niet voor opleidingen in de verpleegkunde. Bij het gebruik van dit soort informatiebronnen (toetsinstrumenten) is het dus raadzaam goed na te denken over de waarde

voor de opleiding van de vios. Geldt alle kennis die beschikbaar is uit onderzoek over deze vorm van toetsen ook onverkort voor de opleiding tot verpleegkundig specialist?

5.2 Formatief versus summatief toetsen?

Toetsen van een vios in de praktijk hoort gericht te zijn op vorderingen in het leerproces in plaats van op punten halen of opdrachten aftekenen. Vandaar dat informatiebronnen voor het praktijkleren zoals hiervoor beschreven altijd formatief worden ingezet en zo vaak herhaald als nodig is. Summatief beoordelen komt bij het voortgangsgesprek aan de orde. Opleidingen kunnen kiezen de totale voortgang, dus ook de voortgang in het cursorisch onderwijs integraal te betrekken bij de voortgangsgesprekken. De meeste opleidingen zullen echter deze programmatische beoordelingen alleen toepassen voor het leren in de praktijk omdat soms de regels van de examencommissie verhinderen om programmatisch toetsen en beoordelen voor het complete programma aan te wenden.

5.3 Herhaling is de moeder van alle wijsheid

Deze uitspraak geldt voor alle formatieve toetsen voor professioneel gedrag en zeker voor de *Mini Clinical Evaluation Exercise* (KKB/KPB). Uit onderzoek blijkt dat de “golden bullit” m.b.t. het aantal herhalingen ergens tussen 8 en 10 ligt (Van der Vleuten, Schuwirth, Scheele, Driessen, & Hodges, 2010). Maar ook dit resultaat komt niet uit onderzoek naar het leerproces van een vios. Een vios heeft in veel gevallen al specifieke klinische ervaring bij de start van de opleiding. Het is daarom aan de praktijk om vast te stellen hoe vaak een vios om een KPB/KKB of een andere toets voor professioneel gedrag moet vragen. Ook hier maakt maatwerk kwaliteit.

5.4 Voorbeelden van veel gebruikte informatiebronnen

Hieronder worden een aantal veel voorkomende informatiebronnen beschreven. Het gaat om de KPB/KKB, de OSATS/DOPS, de Sixstep, de CAT, CBD, MSF en het self-assessment (SA). Het SA is geen informatiebron voor professioneel gedrag maar een zelfbeoordeling van de vios die de beoordelaar informeert over de visie die een vios zelf heeft op het leerproces en de groei van competenties.

Toetsen van klinische vaardigheden: KPB/KKB

De korte praktijkbeoordeling (KPB), of korte klinische beoordeling (KKB) (*Mini-Clinical Evaluation Exercise of Mini-CEX*), is een observatie van het gedrag van een vios bij een patiënt. Een KPB wordt in drie fases uitgevoerd en duurt in totaal niet langer dan 10 tot 15 minuten (Brand, Boendermaker, & Venekamp, 2010). Fase 1 omvat de observatie van het gedrag (het meten), fase 2 de nabespreking (waarderen) en fase 3 het vervolg (begeleiden).

Voor de betrouwbaarheid van de korte praktijkbeoordeling is het van belang dat ze frequent worden herhaald en gespreid worden over de EPA's. Om het leerrendement te optimaliseren is het daarnaast van belang dat de vios verschillende klinische experts om feedback op haar of zijn handelen vraagt (spreiding). De opleiding ziet toe op deze kwaliteitscriteria.

Voor een korte praktijkbeoordeling worden verschillende feedbackcriteria gebruikt, afhankelijk van de opleidingsinstelling en de setting waar een student wordt opgeleid. Ieder beoordelingsformulier bevat in ieder geval ruimte om formatieve feedback te geven, meestal genoteerd onder de kopjes 1) Wat ging er goed? 2) Wat kan er beter? 3) Wat zijn concrete actiepunten of vervolgafspraken? Als laatste dient een beoordeling ondertekend te worden door de beoordelaar.

De KKB/KPB is een informatiebron voor alle klinische EPA's. Een KPB/KKB toetst op het *does niveau* in piramide van Miller.

Toetsen van procedurele en/of technische vaardigheden: OSATS of DOPS

Voor het toetsen van procedurele of technische vaardigheden gericht op een of meer voorbehouden handelingen wordt een zogenaamde *Objective Structured Assessment of Technical Skills* (OSATS) en een *Direct Observation of Procedural Skills* (DOPS) gebruikt. Een OSATS is geschikt voor operatieve ingrepen die een vios zelfstandig doet. Een DOPS is meer gericht op afzonderlijke handelingen bijvoorbeeld de voorbehouden handelingen (Lörwald et al., 2018). Criteria voor een OSATS hebben te maken met weefselgevoeligheid, tijd en beweging, hanteren van instrumenten, gebruik van assistentie en voortgang van de operatie. De items van een DOPS worden meestal ingedeeld twee delen te weten vaardigheden en communicatie. Vaardigheden zijn, zoals bij een OSATS, gericht op voorbereiding, nazorg, mate van zekerheid, technische vaardigheden, klinisch oordeel en organisatie. Communicatievaardigheden bij een DOPS richten zich op professioneel gedrag ten aanzien van de patiënt.

Het gebruik van een OSATS of een DOPS is alleen verplicht als bekwaamheid in een specifieke procedure of vaardigheid noodzakelijk is voor het behalen van een EPA. Als dit het geval is, is herhaling belangrijk totdat er voldoende vertrouwen ontstaat. Het is aan de praktijkopleider en vios om het noodzakelijke aantal demonstraties voor dit vertrouwen vast te stellen.

OSATS en DOPS zijn informatiebronnen voor de klinische EPA's gericht op behandeling. Een OSATS of een DOPS toetst op het *does niveau* in de piramide van Miller.

Toetsen van farmacotherapeutisch redeneren: Sixstep

De Sixstep is een algemeen probleemoplossende methode die door de WHO wordt aanbevolen om farmacotherapeutische beslissingen te onderbouwen en zo patiëntveiligheid te waarborgen (Keijsers et al., 2015). De opleidingen werken met deze methode om een vios op te leiden in farmacotherapeutisch redeneren. De Sixstep methode bestaat uit zes stappen:

1. Patiëntprobleem;
2. therapeutisch doel;
- 3a. behandel mogelijkheden (gebaseerd op beschikbaar bewijs)
- 3b. best passende behandeling in overleg met de patiënt (afwegen van: contra-indicaties, interacties, comedicaatie);
4. start van de behandeling;
5. informeren/instrueren van de patiënt;
6. monitoren van de behandeling.

Een Sixstep geeft informatie over een EPA gericht op behandeling. Een Sixstep toetst op het *knows how* niveau in de piramide van Miller.

Toetsen van kritisch analytische vaardigheden: Critical Appraisal of a Topic (CAT)

Een CAT is een systematische samenvatting van de resultaten van een beperkt aantal wetenschappelijke onderzoeken over een onderwerp uit de dagelijkse praktijk. Soms wordt een CAT ook een *best evidence topic* (BET) genoemd of, *critically appraised literature* (CAL). Een CAT bevat meestal maximaal 1000 woorden. In de opleiding voor verpleegkundig specialist kan de CAT op verschillende manieren worden ingezet.

1. als een schriftelijke opdracht die beoordeeld wordt door binnenschoolse docenten.
2. meer gericht op de praktijk waarbij de opdracht getoetst wordt door een presentatie in de praktijk voor een geselecteerde doelgroep die zowel op de inhoud als de wijze van presenteren feedback kan geven.

3. een combinatie van beide vormen.

Hieronder volgt een indeling die veel gebruikt wordt:

- Aanleiding/patiëntencasus
- Titel
- Zoekactie
- Samenvatting
- Evaluatie
- Gevolg voor de patiëntencasus

Een CAT geeft informatie over alle EPA's, afhankelijk van het onderwerp. Het toetsniveau in de piramide van Miller is afhankelijk van de keuze van de opleiding. Als het een mondelinge presentatie betreft in de praktijk toetst een CAT op het *does* niveau. Als het een schrijfproduct betreft toetst een CAT op het tweede niveau: *knows how*.

Toetsen via *Case-based discussions (CBD)*

Bij deze toetsvorm gaat het om een professionele discussie tussen vios en praktijkopleider op basis van een casus uit de praktijk (Primhak & Gibson, 2019). Meestal kiest de vios de casus omdat hij/zij er vragen over heeft. De casus moet wel redelijk recent zijn (niet meer dan een week oud) zodat hij nog goed in het geheugen aanwezig is. De bespreking vindt bij voorkeur plaats direct na een poli, spreekuur of ander onderdeel van het werk, bijvoorbeeld een huisbezoek. De bespreking duurt ongeveer 20 tot 30 minuten en focust meestal op een of twee aspecten van de casus. Bijvoorbeeld op het klinisch redeneren, de communicatie of de samenwerking. De praktijkopleider heeft als taak het denken van de vios te verhelderen aan de hand van vragen zoals: welke diagnoses heb je overwogen en hoe kwam je bij je besluit? Op welke factoren heb je je besluitvorming gebaseerd? Etc. etc. De praktijkopleider moet zorgen dat hij of zij niet naar algemene kennis vraagt maar naar toepassing van kennis in de betreffende casus. De bespreking wordt afgesloten met feedback van de praktijkopleider over wat goed ging, wat verbetering behoeft en waar de volgende leeractiviteiten op gericht moeten zijn. De student schrijft een korte rapportage voor in het portfolio waarin in ieder geval het volgende terugkomt:

1. fase van de opleiding (jaar, semester)
2. de setting (1^e lijn, poli etc.)
3. expertisegebied
4. complexiteit van de casus
5. feedback
 - wat ging goed?
 - wat kan beter?
 - leeractiviteiten voor de komende periode

Toetsen van professioneel gedrag via een *Multi-source Feedback (MSF)*

Een *multi-source feedback* heeft als doel meer zicht te krijgen op de sterke kanten en de te ontwikkelen kanten. Een MSF initieert reflectie over verbetermogelijkheden en wordt vaak gebruikt als basis voor ontwikkelplannen (Malling, Bonderup, Mortensen, Ringsted, & Scherpbier, 2009). Doorgaans worden verschillende stakeholders om advies gevraagd. Het kan gaan om collega's maar ook om patiënten. Uitvragen van patiënten vergt een goede voorbereiding en moet door de werkgever of afdelingsmanager worden goedgekeurd. Over het algemeen hebben instellingen al een zekere standaard waarmee ze patiënten op vaste tijden feedback vragen. Het is aan te bevelen uit te

gaan van deze standaard. Een MSF uitzetten bij collega's levert over het algemeen goede leerpunten op. Vaak is de vios nog niet voldoende zichtbaar voor collega's en dit is een leerpunt op zich. De criteria voor een MSF worden bij voorkeur door de vios zelf ontwikkeld. Het is een goede oefening in het maken van een vragenlijst. De vios moet zodoende ook nadenken over begrippen zoals validiteit, betrouwbaarheid en responsformat. Ook nadenken over anonimiteit, keuze van de respondenten, planning en de optimale respons zijn goede oefeningen.

Toetsen via een *self-assessment* (SA)

Voor het maken van een *self-assessment* heeft de student in zijn algemeenheid twee vaardigheden nodig. Ten eerste moet de student in staat zijn om zichzelf te vergelijken met een gegeven standaard. Ten tweede gaat het om het om vaardigheden die noodzakelijk zijn om constructieve feedback te zoeken en te krijgen. Een *self-assessment* maken kent dus duidelijk twee stappen:

- 1) De student legt zichzelf naast een gegeven meetlat en vraag feedback op de teksten. De meetlat kunnen de beroepscompetenties zijn of andere criteria. Iedere opleiding kan hier eigen keuzes in maken.
- 2) De student verwerkt de feedback in nieuwe leerdoelen.

Als een *self-assessment* op deze manier wordt ingezet draagt het bij aan empowerment van de student, aan de notie van een leven lang leren en aan de breedte van het individuele leerproces (Al-Kadri, Al-Moamary, Al-Takroni, Roberts, & Van der Vleuten, 2012). De frequentie van het aantal self-assessments wordt bepaald door de opleiding.

Tabel 2 Schematische voorstelling van samenhang in de praktijktoetsing

Informatiebronnen toetsen of kennis, vaardigheden en gedrag voldoende aanwezig zijn om een EPA aan een vios toe te vertrouwen	→	EPA's leggen de relatie met de competenties van de verpleegkundig specialist en dekken alle competentiegebieden	→	Competenties van de verpleegkundig specialist AGZ/GGZ
---	---	---	---	---

Referenties

- Al-Kadri, H., Al-Moamary, M., Al-Takroni, H., Roberts, C., & van der Vleuten, C.P.M. (2012). Self-assessment and students' study strategies in a community of clinical practice: A qualitative study. *Medical Education Online*, 17, 1-N.PAG. DOI: 10.3402/meo.v17i0.11204
- Brand, P., Boendermaker, P., & Venekamp, R. (2010). *Klinisch onderwijs en opleiden in de praktijk*. Houten: Prelum Uitgevers.
- De Vries, T., Brand, P., & Heineman, E. (2012). *Klinisch onderwijs en opleiden in de praktijk; dl. 2: Organiseren, begeleiden, leiderschap*. Houten: Prelum Uitgevers.
- Embo, M., Driessen, E. W., Valcke, M., & Van der Vleuten, C.P.M. (2010). Assessment and feedback to facilitate self-directed learning in clinical practice of midwifery students. *Medical Teacher*, 32(7), e263-9. DOI: 10.3109/0142159X.2010.490281
- Freidson, E. (2001). *Professionalism: The third logic*. Cambridge etc: Polity.u
- Keijsers, C. J. P. W., Segers, W. S., de Wildt, D. J., Brouwers, J. R. B. J., Keijsers, L., & Jansen, P. A. F. (2014). Implementation of the WHO-6-step method in the medical curriculum to improve pharmacology knowledge and pharmacotherapy skills. *British Journal of Clinical Pharmacology*, 79(6), p. 896-906. DOI: 10.1111/bcp.12575
- LOO-MANP. (2020). *Landelijk opleidingsprofiel van de opleiding tot verpleegkundig specialist*. Utrecht: auteur.
- Lörwald, A. C., Lahner, F-M., Nouns, Z. M., Berendonk, C., Norcini, J., Greif, R., & Huwendiek, S. (2018). The educational impact of Mini-Clinical Evaluation Exercise (Mini-CEX) and Direct Observation of Procedural Skills (DOPS) and its association with implementation: A systematic review and meta-analysis. *PLOS ONE*, 13(6), p. 1-15. DOI: 10.1371/journal.pone.0198009
- Malling, B., Bonderup, T., Mortensen, L., Ringsted, C., & Scherpbier, A. (2009). Effects of multi-source feedback on developmental plans for leaders of postgraduate medical education. *Medical Education*, 43(2), 159-167. DOI: 10.1111/j.1365-2923.2008.03259.x
- Miller, G. E. (1990). The assessment of clinical skills/competence/performance. *Academic Medicine: Journal of the Association of American Medical Colleges*, 65(9), S63-S67.
- Pool, I., Aantjes, T., Kleijer, W. & Ten Cate, O. (2018). Entrustable professional activities (EPA's): wat zijn dat en hoe ontwikkel je die? *Onderwijs en gezondheidszorg*, 42 (7), 17-20.
- Primhak, R., & Gibson, N. (2019). Workplace-based assessment: How to use case-based discussion as a formative assessment. *Breathe*, 15(3), 163-166. DOI: 10.1183/20734735.0209-2019
- Riley, R. H., & Riley, R. (2008). *Manual of simulation in healthcare* Oxford University Press New York.
- Spengelink-Schut, G., ten Cate, O., & Kort, H. (2008). Training the physician assistant in the Netherlands. *Journal of Physician Assistant Education*, 19(4), 46-53.

- Ten Cate, O. (2005). Entrustability of professional activities and competency-based training. *Medical Education*, 39(12), 1176-1177. DOI: 10.1111/j.1365-2929.2005.02341.x
- Ten Cate, O., & Scheele, F. (2007). Competency-based postgraduate training: Can we bridge the gap between theory and clinical practice? *Academic Medicine: Journal of the Association of American Medical Colleges*, 82(6), 542-547.
- Ten Cate (2016). Entrustment as assessment: recognizing the ability, right and duty to act. *Journal of graduate medical education*, 8(2), 261-262.
- Van der Vleuten, C. P. M., Schuwirth, L. W. T., Scheele, F., Driessen, E. W., & Hodges, B. (2010). The assessment of professional competence: Building blocks for theory development. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology*, 24(6), 703-719. DOI: 10.1016/j.bpobgyn.2010.04.001
- Van der Vleuten, C.P.M., Schuwirth, L. W. T., Driessen, E. W., Dijkstra, J., Tigelaar, D., Baartman, L. K. J., & van Tartwijk, J. (2012). A model for programmatic assessment fit for purpose. *Medical Teacher*, 34(3), 205-214. doi:10.3109/0142159X.2012.652239P
- Van Mook, W. N. K. A., van Luijk, S. J., O'Sullivan, H., Wass, V., Schuwirth, L. W., & van der Vleuten, C.P.M. (2009). General considerations regarding assessment of professional behaviour. *European Journal of Internal Medicine*, 20(4), e90-e95. DOI: 10.1016/j.ejim.2008.11.011
- V&VN. (2019). *Beroepsprofiel Verpleegkundig Specialist*. Utrecht: auteur.

Bijlage 1 Competentieprofiel van de praktijkopleider

Competentieprofiel praktijkopleider verpleegkundig specialist		
vastgesteld door het CSV op 17 november 2014		
I Werkbegeleiding	II Toetsing en beoordeling	III Coördinatie en organisatie
Begeleidt de vios bij het formuleren van leerdoelen en van plannen om deze te realiseren	Geeft de vios feedback op diens functioneren en voortgang gedurende de opleiding	Zorgt voor een adequate organisatie van het opleiden op de werkplek
Faciliteert de vios om competenties systematisch aan te leren	Geeft de vios goed onderbouwde beoordelingen	Werkt effectief samen in de opleidingsgroep
Expliciteert onderliggende kennis en bevraagt de vios hierop	Draagt mondeling en schriftelijk op zorgvuldige wijze bij aan de onderbouwing van beoordelingen van de vios door andere betrokken opleidingsfunctionarissen	Zorgt voor een adequate organisatie van (formele) onderwijsmomenten in de praktijkinstelling
Geeft de vios gestructureerd en constructief feedback en baseert deze feedback op observatie van het (klinisch) handelen	Past de instrumenten voor het toetsen en beoordelen, incl. het portfolio, van de vios correct toe	Biedt de mogelijkheid om desgewenst elders de benodigde competenties te verwerven en bewaakt de inhoudelijke afstemming
Maakt adequate keuzes voor didactische werkvormen die aansluiten bij de ontwikkeling van de vios.	Bespreekt mede op basis van input van andere betrokken opleidingsfunctionarissen en het portfolio met de vios regelmatig en constructief diens functioneren en voortgang	Draagt actief en systematisch bij aan de kwaliteit van de praktijkopleiding
Stemt de aan te leren competenties en de begeleiding van de vios af op diens niveau van bekwaamheid en zelfstandigheid	Zorgt voor adequate verslaglegging over het functioneren, de voortgang en de geschiktheid van de vios	Creëert de randvoorwaarden voor een veilig en stimulerend opleidingsklimaat
Benut de voorkomende werkzaamheden in de patiëntenzorg voor het opleiden	Herkent achterblijvende voortgang in de professionele ontwikkeling van de vios en gebruikt de beschikbare middelen om hierin te interveniëren	Zorgt voor een adequate organisatie en continuïteit van de praktijkopleiding
Herkent en creëert leermomenten in de praktijk	Relateert de toetsing en beoordeling aan de eisen van de opleiding	Initieert en draagt bij aan het praktijkopleidingsbeleid voor verpleegkundig specialisten binnen de praktijkinstelling
Creëert een krachtige leeromgeving		Draagt bij aan een adequate werving en selectie van vios's
Expliciteert het eigen optreden als rolmodel als VS en zet dit optreden in om op te leiden		Draagt zorg voor de correcte toepassing van relevante regelgeving met betrekking tot de praktijkopleiding van verpleegkundig specialisten, zoals het Algemeen Besluit
Organiseert het eigen werk zodanig dat er voldoende tijd en ruimte is voor opleiden.		Werkt effectief samen met de opleidingsinstelling (incl. de hoofdopleider)
Reflecteert systematisch op de eigen manier van opleiden		Draagt bij aan de kwaliteit van het cursorisch leren, signaleert verbeterpunten en levert input aan de opleidingsinstelling
Houdt de eigen deskundigheid op het gebied van opleiden op peil.		