

Kaderopleiding

Geïntegreerde Eerstelijns Ouderengeneeskunde

Leiding nemen in persoonsgerichte integrale zorg voor ouderen

Startdatum 14 september 2023



Laegio
Landelijke
Adviesgroep
Eerstelijns geneeskunde voor Ouderen

nhg
nederlands huisartsen
genootschap

L U
M C

verenSo
vereniging van specialisten
ouderengeneeskunde

Inhoudsopgaven

1	Introductie	4
2	Doel en inhoud kaderopleiding.....	6
	2.1 Visieontwikkeling m.b.t. persoonsgerichte integrale zorg voor ouderen	6
	2.2 Medisch handelen, wetenschappelijke competenties	7
	2.3 Kennis en inzicht met betrekking tot organisatie, samenwerking en veranderprocessen.....	7
	2.4 Persoonlijke ontwikkeling, communicatie en leiderschap	8
3	Opzet opleiding	9
	3.1 Eigen onderwijs	9
	3.2 Evidence Based Medicine.....	9
	3.3 Kwaliteitsproject.....	10
	3.4 Consultaties.....	10
	3.5 Site visits	10
	3.6 Afronding	10
4	Praktisch	12
	4.1 Onderwijsdagen.....	12
	4.2 Deelnemers	12
	4.3 Locatie, diner en overnachting.....	12
	4.4 HAweb.....	12
	4.5 Onderwijsdag gemist?	13
5	Toelatingscriteria, beoordeling, portfolio en reflectie	14
	5.1 Toelatingscriteria	14
	5.2 Portfolio	14
	5.3 Onderdelen portfolio	14
	5.4 Beoordeling	15
6	Na(ast) de kaderopleiding.....	17
	6.1 Registratie als kaderarts	17
	6.2 Laego: landelijke adviesgroep eerstelijns geneeskunde voor ouderen.....	17
7	Coördinatoren, groepsbegeleiders, mentoren en begeleidingscommissie.....	19
	7.1 Het Team.....	19
	7.2 Opleidingscommissie.....	23
8	Aanbevolen literatuur	24
	Bijlage 1: Specifieke competenties kaderarts	25

Bijlage 2:	Individueel opleidingsplan	28
Bijlage 3:	Zorgbehandelplan	30
Bijlage 4:	Critically Appraisal of a Topic (CAT)	33
Bijlage 5:	Onderwijspresentatie en Dagdeel eigen onderwijs	35
Bijlage 6:	Consultatie	38
Bijlage 7:	Stages.....	41
Bijlage 8:	Kwaliteitsproject	43
Bijlage 9:	Mentorgroepen.....	48
Bijlage 10:	Het reflectieverslag	49
Bijlage 11:	Beoordelingsprocedure.....	51
Bijlage 12:	Handleiding en opzet poster	53



1 Introductie

- Hoe lever ik echt goede zorg aan patiënten met een complexe (medische) zorgvraag?
- Hoe vind ik mijn weg in de eerste lijn bij complexe problematiek?
- Wat moet ik zelf doen en wat kan ik overlaten aan anderen?
- Sluit het zorgaanbod aan bij de wensen van ouderen en de maatschappij?
- Hoe kan ik de organisatie en samenwerking beter op de rails krijgen, hebben én houden?
- Hoe kan ik bijdragen aan goede ouderenzorg in mijn regio?

Ik wil graag toekomen aan:

- afstemming met andere zorgverleners;
- peilen van de wensen en verwachtingen van ouderen;
- bedenken wat, het geheel overziend, goed is voor deze patiënt;
- het ondersteunen van collega's in de eigen organisatie en in de regio.

Misschien herkent iedere arts zich in bovenstaande vragen en kan hij/zij de wensenlijst moeiteloos verder aanvullen. Sommige artsen vragen zichzelf bovendien af, 'wat is er nodig om deze dilemma's voor mijzelf en mijn collega's op te lossen?' en zijn bereid hierin initiatief en leiding te nemen.

Bent u een van déze artsen?

Deelname aan de Kaderopleiding geïntegreerde eerstelijns ouderengeneeskunde biedt natuurlijk geen gegarandeerde oplossing voor alle dilemma's waar u voor staat. Door deelname ontwikkelt u wel een aantal specifieke kwaliteiten (competenties) waarmee u beter bent toegerust om te kunnen initiëren en zo goed mogelijke zorg te leveren aan oudere patiënten en hun naasten: in uw praktijk, uw organisatie én in uw regio.

De eerstelijnszorg in Nederland behoort tot de beste in de wereld. Toch staat met name die voor ouderen onder druk. Niet alleen door een toenemend aantal ouderen met complexe problematiek die zelfstandig blijven wonen, maar ook door de maatschappelijke ontwikkelingen en verschuiving van taken en rollen van professionals. Nederland heeft bovendien een ingewikkeld stelsel, waarbij de zorg en ondersteuning wordt geleverd vanuit verschillende wetten en financieringsbronnen. Het palet aan professionele en informele hulpverleners wordt steeds meer divers. Huisarts en specialist ouderengeneeskunde spelen een centrale rol in de zorg voor ouderen. Gezamenlijk staan we voor de grote uitdaging om deze zorg op een kwalitatief goed niveau te houden en waar mogelijk verder te verbeteren, terwijl het volume en de complexiteit toeneemt en het aantal zorgprofessionals afneemt.

Vaak wordt bij ouderenzorg echter al snel en eenzijdig gesproken in termen van steeds groter wordende problemen, van kwetsbaarheid, van achteruitgang, van moeizame communicatie, van passiviteit. In deze opleiding vinden we het belangrijk om ook de andere kant te zien. Er zijn immers ook ouderen die prima in staat zijn om met hun situatie om te gaan, die zich keer op keer kunnen hernemen, die plezier hebben, actief (willen) zijn en die anderen kunnen verrassen met hun humor en wijsheid. Het is een uitdaging om oudere patiënten, ook als dat wat moeilijker gaat of naasten het soms anders willen, zoveel mogelijk de regie over het eigen leven te laten voeren. Dat vraagt om een verbreding van onze visie op ouderen, om te denken in termen van functioneren en zelfredzaamheid en niet alleen in ziekte en behandeling. Aandacht voor de persoon met diens wensen en mogelijkheden is het uitgangspunt. Dat vraagt om huisartsen en specialisten ouderengeneeskunde die uiteraard medisch inhoudelijk op de hoogte zijn van

de laatste nieuwe ontwikkelingen, maar ook beschikken over vaardigheden op het gebied van communicatie, samenwerking en organisatie. Professionals die kennis hebben van de wettelijke kaders en de regionale mogelijkheden, met de juiste attitude, oog hebbend voor de winst van een proactieve benadering, zonder te betuttelen. Het vraagt ook om afstemming met andere hulpverleners, goede onderlinge samenwerking en adequate en toegankelijke dossiervorming.

Gedurende de opleiding zult u merken dat de focus steeds breder wordt: van uw werk in de spreekkamer of tijdens een huisbezoek, naar het werk in de eigen praktijk / organisatie, naar het adviseren van collega's in de regio of organisatie en uiteindelijk het opstarten en begeleiden van kwaliteitsprojecten. Het doel is om mee te werken aan goede, lokaal ingerichte geïntegreerde zorg voor ouderen, welke ondersteund wordt door regionaal werkende organisaties, waarin kaderartsen een belangrijke rol spelen.

Werken in de eerste lijn vraagt echt iets anders van de specialist ouderengeneeskunde dan intramuraal werken. De eerste lijn is anders georganiseerd en gefinancierd en bestaat vooral uit zelfstandige ondernemers. Steeds vaker wordt de specialist ouderengeneeskunde in de eerste lijn gevraagd, maar hoe presenteert je je en hoe maak je duidelijk wat je te bieden hebt?

Optimale persoonsgerichte zorg en ondersteuning realiseren voor oudere personen met complexe hulpbehoeften vraagt andere samenwerkingscompetenties van een huisarts dan alleen leiding geven aan het eigen team. Naast die van andere professionals is met name het kennen en erkennen van de specifieke deskundigheid van de specialist ouderengeneeskunde hierin essentieel.

Samen vormen specialist ouderengeneeskunde en huisarts een krachtig duo in het initiëren en leveren van kwalitatief hoogstaande geïntegreerde ouderenzorg in de eigen regio. Alle onderwijsdagen voor de kaderopleiding geïntegreerde eerstelijns ouderengeneeskunde voor specialisten ouderengeneeskunde en huisartsen zijn gezamenlijk. Het uitgangspunt hierbij is 'samen van en aan elkaar leren'. Op die manier doen beide beroepsgroepen elkaar recht, en streven ze naar gezamenlijk optrekken in de eerste lijn voor de oudere en chronisch zieken met complexe (medische) zorgvragen.



2 Doel en inhoud kaderopleiding

De ondertitel van de kaderopleiding geïntegreerde eerstelijns ouderengeneeskunde luidt: Leiding nemen in persoonsgerichte integrale zorg voor ouderen. We hebben de ambitie om kaderartsen op te leiden die staan voor persoonsgerichte integrale zorg, die daarin een ambassadeursrol claimen en die actief bijdragen aan de organisatie ervan in hun eigen organisatie, regio en landelijk beleid.

Om dit doel te kunnen bereiken hebben we de kaderopleiding ingericht langs 4 grote lijnen:

1. visieontwikkeling m.b.t. persoonsgerichte integrale zorg voor ouderen;
2. medisch handelen, wetenschappelijke competenties;
3. kennis en inzicht m.b.t. organisaties, samenwerking en veranderprocessen;
4. persoonlijke ontwikkeling, communicatie en leiderschap van deelnemers.

Huisartsen hebben een cruciale rol in de ouderengeneeskunde, gebruikmakend van de band met de ouderen en hun familie, de kennis die ze hebben m.b.t. de voorgeschiedenis van de oudere en medicatiegebruik, de informatie die ze krijgen van andere hulpverleners en hun kennis van de regionale sociale kaart. Om de functionele diagnostiek en proactieve zorg goed vorm te geven, hebben ze hulp nodig van andere praktijkmedewerkers, bij voorkeur een praktijkondersteuner (POH) ouderengeneeskunde. Specialist in ouderengeneeskunde spelen in toenemende mate een belangrijke rol in de complexe zorg voor ouderen in de eerste lijn. Gebruik makend van de kennis die ze hebben m.b.t. complexe zorgvragen, polyfarmacie, werken met zorgbehandelplannen, multidisciplinair samenwerken en kennis van de regionale (geriatrische) sociale kaart, ondersteunen ze de huisartsenzorg en vullen deze aan waar nodig. Om de functionele diagnostiek en proactieve zorg in de eerste lijn goed vorm te geven, werken huisartsen en specialisten ouderengeneeskunde wijkgericht samen vanuit een kleinschalig team, waarin ook bijvoorbeeld wijkverpleegkundige, casemanager, en het sociaal wijkteam deelnemen. Samenwerken is efficiënt en stimulerend. Zorg voor ouderen doe je samen! Daarvoor is het weer nodig dat goede werkafspraken gemaakt worden op een niveau dat de eigen wijk overstijgt, waarbij afstemming plaatsvindt tussen organisaties en gemeenten.

Om de lijnen herkenbaar in het programma weer te geven, maken we gebruik van kleuren:

1. visieontwikkeling m.b.t. persoonsgerichte integrale zorg voor ouderen
2. medisch handelen, wetenschappelijke competenties
3. kennis en inzicht m.b.t. organisaties, samenwerking en veranderprocessen
4. persoonlijke ontwikkeling, communicatie en leiderschap van deelnemers.

2.1 Visieontwikkeling m.b.t. persoonsgerichte integrale zorg voor ouderen

In onze visie op eerstelijns ouderengeneeskunde, te vinden via <https://www.laego.nl/over-laego/visie-en-missie/> gaan we uit van wat de oudere zelf wil en kan (persoonlijke doelen en functionele diagnostiek), zien we waar de risico's zijn (prognostiek) en proberen we die zo goed mogelijk voor te zijn of de gevolgen ervan te beperken (proactieve zorg). Het gaat om heldere communicatie en efficiënte en doelgerichte samenwerking in een lokaal en kleinschalig geriatrisch team (wijkgericht geriatrisch netwerk).

Om vanuit deze visie te leren werken, gaan deelnemers van de kaderopleiding aan de slag met zorgbehandelplannen en doen ze stages in hun eigen regio. Het opbouwen van het geriatrisch netwerk is ook van belang voor de persoonlijke ontwikkeling binnen de andere lijnen. Om persoonsgerichte integrale zorg daadwerkelijk te kunnen leveren is

naast samenwerking binnen het medische domein, ook samenwerking met het sociale domein nodig. Deelnemers leggen contacten met gemeenten binnen hun regio en werken aan samenwerkingsafspraken.

Om deze visie te kunnen actualiseren en bestendigen moet een kaderarts ook een beeld hebben van te verwachten ontwikkelingen in het eigen werkveld en op maatschappelijk, bestuurlijk en technisch niveau. De kaderopleiding zal haar best doen om deelnemers te prikkelen nieuwsgierig te zijn, o.a. door instanties en instellingen te bezoeken en met hen in discussie te gaan tijdens 'site visits' en stages.

2.2 Medisch handelen, wetenschappelijke competenties

Van de kaderarts wordt verwacht dat deze een voortrekkersrol vervult bij het innoveren en verbeteren van de zorg voor ouderen zowel binnen de eigen praktijk/organisatie als binnen de eigen regio. Middelen die hiertoe worden geleerd en geoefend tijdens de opleiding zijn o.a. het kwaliteitsproject, het consultatie bieden voor een collega en het verzorgen van onderwijs.

Bij al deze activiteiten wordt verwacht dat de kaderarts haar/zijn ideeën en uitingen baseert op te onderbouwen kennis en standpunten. Hierbij speelt wetenschappelijk gefundeerde kennis in combinatie met de ervaring van de kaderarts een essentiële rol om de patiënt van evidence based medicine en informatie te kunnen voorzien. Het actueel houden van deze kennis is een continu proces en niet voltooid aan het einde van een opleiding. Daarom staat in het competentieprofiel van de kaderarts dat deze 'in staat is tot effectief zoeken en beoordelen van wetenschappelijke literatuur, deze kennis kan benutten voor zichzelf (o.a. door het volgen van Journal Club en wetenschappelijk onderwijs) en overdragen aan anderen'. Beheersing van deze competentie behelst de vaardigheid om de gewenste kennis te vinden (door gebruik van bijvoorbeeld PubMed), en deze vervolgens te kunnen beoordelen op relevantie en kwaliteit. Minstens zo belangrijk als de praktische vaardigheid is een enthousiaste attitude tegenover het praktische gebruik van wetenschappelijke literatuur.

Omdat de kaderopleiding een praktijkgerichte opleiding is, wordt de competentie 'Wetenschappelijk handelen' geoefend door het actief deelnemen aan de 'Journal Club'. Hierin worden wetenschappelijke artikelen besproken, met aandacht voor relevantie, kwaliteit en methodologische begrippen. De Journal Club wordt 6 maal per jaar gehouden, steeds online. Actieve deelname aan 4 van de 6 bijeenkomsten is verplicht, net als het lezen van het te bespreken wetenschappelijk artikel. Dit is aan te tonen door een reflectie te schrijven over het geleerde (zie ook format reflectieverslag).

Op facultatieve basis, of wanneer niet voldaan is aan de verplichte deelname Journal Club, kan het onderwijs binnen deze competentie worden uitgebreid met het schrijven van een Critical Appraised Topic (CAT) of het doen of deelnemen aan wetenschappelijk onderzoek.

2.3 Kennis en inzicht met betrekking tot organisatie, samenwerking en veranderprocessen

Goede ouderenzorg kan niet zonder aandacht voor organisatie en samenwerking. Samenwerking tussen huisarts en specialist ouderengeneeskunde wordt elke onderwijsdag in de praktijk gebracht, door het gezamenlijk scholen. Door stages krijgen deelnemers zicht op het geriatrisch netwerk in de eigen regio en wordt de basis gelegd voor verdere samenwerking. Vooral het kennen van personen maakt goede samenwerking daadwerkelijk mogelijk. In de opleiding besteden we expliciet aandacht

aan samenwerking en hulpmiddelen hierbij, zoals een zorgbehandelplan en multidisciplinair overleg (MDO) of gestructureerd periodiek overleg (GPO). De financiering is een belangrijke randvoorwaarde om te komen tot goede samenwerking. Tijdens de opleiding is dat een terugkerend thema en volgen we de beleidsontwikkelingen op de voet.

Daarnaast wordt de regiefunctie van huisarts en specialist ouderengeneeskunde op regionaal niveau uitgewerkt. Afstemming van zorg vindt regionaal plaats; zowel in de wijk, als in de regio. Denk aan werkafspraken tussen de diverse spelers in de regio, zodat duidelijk is wie wat doet en wie waarvoor verantwoordelijk is. In de LESA zorg voor kwetsbare ouderen (2017): <https://richtlijnen.nhg.org/landelijke-eerstelijns-samenwerkingsafspraken/zorg-voor-kwetsbare-ouderen> staat dit verder uitgewerkt. Ook samenwerking met het sociaal wijkteam is van belang voor ouderen, met het oog op zelfzorg, een goede daginvulling, een sociaal netwerk en zelfstandig wonen. Daarnaast moet de avond-nacht- en weekendzorg goed geregeld zijn en afgestemd zijn op de dagzorg. Hoe is de informatie-uitwisseling, bijvoorbeeld ten aanzien van behandelwensen en beperkingen, geregeld? Hoe is de bereikbaarheid? Consultatie van specialisten ouderengeneeskunde (SO) moet gefaciliteerd worden en laagdrempelig tot stand kunnen komen, liefst met een vaste SO per huisarts. Met elkaar wordt gestreefd naar continuïteit van beleid, met duidelijkheid ten aanzien van de verantwoordelijkheidsverdeling voor alle betrokkenen.

Hoewel er een forse beddenreductie heeft plaatsgevonden in woonzorgcentra, zijn ze er nog wel. Daarnaast komen er steeds meer nieuwe woonvormen voor ouderen, met in wisselende mate verzorging en verpleging. Indien de huisarts verantwoordelijk is voor de zorg in een huis voor kwetsbare ouderen, wordt de medische en farmacotherapeutische zorg geregeld conform de adviezen hieromtrent van de LHV (2018): <https://www.lhv.nl/service/leidraad-kleinschalige-woonvormen> Dat betekent dat het aantal huisartsen per huis beperkt wordt, dat men een nauwe samenwerkingsrelatie aangaat met de specialist ouderengeneeskunde en dat er uniforme afspraken gemaakt worden met verpleegkundigen en verzorgenden aan de hand van richtlijnen en protocollen. Zowel huisarts als specialist ouderengeneeskunde hebben een taak in het begeleiden en onderwijzen van verpleegkundigen en verzorgenden met wie zij samenwerken. Kaderartsen stimuleren en begeleiden deze veranderingsprocessen.

2.4 Persoonlijke ontwikkeling, communicatie en leiderschap

Een kaderarts ouderengeneeskunde is ambassadeur van de zorg voor ouderen in zijn of haar regio. Hij/zij heeft overzicht over het vakgebied, kan goed overleggen en kan ook onderwijs geven aan collega's en anderen. Tevens werkt hij/zij aan het verbeteren van de ouderenzorg in de regio en weet hij/zij anderen te motiveren. In de kaderopleiding werken we met elkaar aan het ontwikkelen van de persoonlijke competenties die hiervoor nodig zijn. Waar ben je goed in? Hoe kun je nog meer van deze talenten benutten? Wat zijn ontwikkelpunten? Hoe kun je daaraan werken? Vooral in de mentorgroepen komt dit stuk aan bod, maar ook in de hele groep. Je krijgt onderwijs in de Belbin teamrollen, leert onderwijs te maken en te geven, leert je te profileren en maakt kennis met onderhandelen en marketing. Ook leiderschap is een belangrijk thema. Deelnemers worden gestimuleerd te leren over zichzelf door zich open te stellen voor feedback van groepsleden en de groepsbegeleiders en zelfreflectie op het eigen functioneren. Tenslotte besteden we ook aandacht aan ethiek en wetgeving in de opleiding. Wat zijn de wettelijke kaders en welke morele waarden en attitude hanteer je bij de toepassing ervan?

3 Opzet opleiding



Bij de ontwikkeling van de onderwijsprogramma's is nadrukkelijk gekeken hoe de contactmomenten zo leerzaam en nuttig mogelijk kunnen worden ingezet. Natuurlijk wordt aandacht besteed aan informatieoverdracht en kennisverdieping, gebruikmakend van interne en externe docenten maar ook via zelfstudie. Maar wie aan professionals vraagt waar ze het meest van leren, hoort "van gewoon mijn werk doen, plus daarover van gedachten wisselen met mijn collega's". En van dat laatste komt het vaak niet in de praktijk van alledag. De onderwijisdagen worden dan ook gebruikt voor gezamenlijke reflectie en interactie. Dit zal zowel plenair als in de mentorgroepen plaatsvinden. De vier hoofdlijnen uit het vorige hoofdstuk komen steeds aan bod.

Kaderartsen zijn ambassadeurs. Om 'niet kaderartsen' te stimuleren de mogelijkheden in de eerste lijn op zich te nemen is het belangrijk dat kaderartsen deze weg plaveien. Dat betekent dat van kaderartsen gevraagd wordt om uit te stijgen boven individuele patiënten casus, boven het één-op-één 'dokteren'. Inspiratie om dit alles van de grond te krijgen kun je onder meer vinden in de stages die je gaat uitvoeren in je eigen netwerk. Daarin kun je bijvoorbeeld "good practices" bezoeken. Kaderartsen kunnen samen een regionale rol en zelfs landelijke rol vervullen in het opzetten en verbeteren van de ouderenzorg. Daarnaast wordt contact met reeds ervaren kaderartsen gestimuleerd. Het "Buddy systeem" en de Laego tweedaagse geven de mogelijkheid om van ervaren en inspirerende collega's te leren.

3.1 Eigen onderwijs

In de eerste fase van de opleiding wordt van deelnemers, die nog weinig of geen ervaring hebben met het geven van onderwijs gevraagd een korte presentatie te houden over een (medisch) inhoudelijk onderwerp. Dit is bedoeld om eigen lacunes aan te pakken en als voorbereiding op toekomstige taken met betrekking tot onderwijs geven. Van de deelnemers die al ervaring hebben met het geven van onderwijs, wordt verwacht invulling te geven aan een eigen onderwijsdagdeel. Aan de hand van een inhoudelijk thema werken deze deelnemers in groepjes aan een programma. Zoals bekend is dan de leeropbrengst verreweg het grootst. Uiteraard ondersteunt en faciliteert de opleiding daarbij. Ook zal van daaruit (mede) bewaakt worden dat het programma uiteindelijk recht doet aan de leerdoelen van de opleiding.

3.2 Evidence Based Medicine

Evidence-based medicine is het expliciet, oordeelkundig en consciëntieus gebruikmaken van het beste beschikbare bewijs bij het maken van een keuze voor de behandeling van een patiënt. Dit alles gegeven de stand van de wetenschap van dat moment, de klinische ervaring van de arts en de waardes en voorkeuren van de patiënt meewegend.

Als kaderarts mag van je verwacht worden dat je zorgverbetering, onderwijs en collegiale adviezen mede baseert op wetenschappelijk onderbouwde kennis en inzichten. Om hier je weg in te vinden zal dit vanaf het begin van de opleiding geïntegreerd worden in het onderwijs.

Voor de inhoudelijke voorbereiding van je eigen onderwijsdag ga je aan de slag met het geleerde m.b.t. Evidence Based Medicine (EBM), zoeken op Pubmed en kritisch lezen. Wat is de wetenschappelijke stand van zaken m.b.t. het gekozen onderwerp? Zie ook medisch handelen, wetenschappelijke competenties 2.2.

3.3 Kwaliteitsproject

Iedere deelnemer gaat aan de slag met een eigen kwaliteitsproject. Hierbij gaat het ook om regie in de regio: Hoe zorg je ervoor dat je projecten vaste grond krijgen met betrekking tot acceptatie, implementatie en financiering? Persoonlijke belangstelling, gedrevenheid en benodigde competenties van de deelnemers zijn belangrijk. De rode draad door de hele opleiding wordt voor iedere deelnemer gevormd door het eigen kwaliteitsproject. Het onderwerp kan ook leidend zijn bij het kiezen van stages, onderwijs en wetenschap.

3.4 Consultaties

Gedurende de opleiding wordt een aantal keer (in subgroepen) geoefend met casuïstiek. Dit gebeurt ofwel in de vorm van onderlinge consultaties, ofwel als zorgplanbespreking/multidisciplinair overleg. Per keer worden afspraken gemaakt over het voorbereiden van een casus en de rolverdeling onderling. Aan het einde zal het accent meer komen te liggen op intervisie.

3.5 Site visits

We gaan enkele keren tijdens de opleiding instellingen en instanties bezoeken om met ze in gesprek te gaan om een beter beeld te krijgen van ontwikkelingen die van invloed zijn op de ouderenzorg. Denk hierbij aan overheidsinstellingen zoals het ministerie van VWS, NZa, inspectie, CIZ, en innovatieve bedrijven en organisaties. We zullen dit als groep doen, met deelnemers van het eerste en tweede jaar van de kaderopleiding geïntegreerde eerstelijns ouderengeneeskunde, studenten en andere belangstellenden. Door deze groepsgewijze en gemengde samenstelling kunnen we de opgedane indrukken delen en bespreken.

3.6 Afronding

Inhoudelijke thema's over ouderenzorg komen uiteraard ook aan bod, en we zullen als groep ook deelnemen aan de Laego-tweedaagse*, waardoor contacten gelegd kunnen worden met kaderartsen uit het hele land. We sluiten de opleiding af met presentaties van de kwaliteitsprojecten aan de hand van posters. Op de laatste middag vindt een door de deelnemers (met ondersteuning van de groepsbegeleiders) georganiseerd slotsymposium plaats. Deelname aan een Intervisiegroep en het netwerk van kaderartsen in Laego vormen het logisch vervolg van de opleiding.

De hoofdlijnen van de programma's zijn bekend, maar de invulling van sommige programma's (met name verderop in de opleiding), zijn nog in ontwikkeling en krijgen de ruimte om op specifieke wensen en actuele ontwikkelingen te kunnen ingaan. De onderwijsplanning (het rooster), een toelichting op de programma's en de benodigde voorbereiding worden tijdig op HAweb geplaatst. HAweb is hét communicatieplatform tijdens de opleiding waar ook onderlinge uitwisseling van (leer)ervaringen en interessante literatuur plaatsvindt.

Na het afronden van de opleiding kent u de wegen om uw kennis en kunde in te zetten waar nodig, onafhankelijk van de verblijfplaats van de patiënt. U weet uzelf een zichtbare plaats te geven in de eerste lijn en weet een goede samenwerkingsrelatie en een netwerk op te bouwen met de (kader)artsen werkzaam in de eerstelijns ouderenzorg in uw omgeving. U kunt initiatieven ontwikkelen die een bijdrage leveren aan kwalitatief goede (medische) zorg voor de kwetsbare en zeer kwetsbare ouderen die afhankelijk zijn van eerstelijns zorg. Door het uitwisselen van onderlinge kennis en ervaring is uw kennis

verdiept en is uw intercollegiale netwerk uitgebreid. Ook vervult u een brugfunctie naar (landelijk/regionaal) ouderenzorg beleid.

* LAEGO = Landelijke Adviesgroep Eerstelijns geneeskunde voor Ouderen www.laego.nl.



4 Praktisch

De kaderopleiding duurt twee jaar, waarin 20 onderwijsdagen zijn, verdeeld over tweedaagse, enkele onderwijsdagen en site visits. Daarbuiten vindt zelfstudie en -van harte aanbevolen- onderlinge uitwisseling plaats. De opleiding vraagt een gemiddelde tijdsinvestering van 250 uren per studiejaar. Dat komt overeen met ca 6 uur per week. Het volgen van de kaderopleiding geeft recht op 40 accreditatiepunten per jaar.

4.1 Onderwijsdagen

De onderwijsdagen zijn op donderdag en soms op donderdag en vrijdag. Tussen juli en september vinden geen onderwijsdagen plaats. De precieze data vindt u HAweb.

4.2 Deelnemers

De groep bestaat uit maximaal 24 deelnemers, huisartsen en specialisten ouderengeneeskunde. Door samen op te trekken worden huisartsen en specialisten ouderengeneeskunde zich meer bewust van elkaars mogelijkheden en de meerwaarde van samenwerking. Uiteraard blijft er aandacht voor de specifieke wensen en behoeften van beide disciplines.

Er zullen mogelijk enkele huisartsen in opleiding die een differentiatie ouderengeneeskunde volgen gedeeltelijk deelnemen aan de kaderopleiding. Deze aios kunnen in hun derde opleidingsjaar zich extra verdiepen in een huisartsgeneeskundig onderwerp. Een van de mogelijkheden is de differentiatie ouderengeneeskunde. Deze wordt geregeld vanuit het LUMC voor alle huisartsinstituten. Wij denken dat de inbreng van jonge enthousiaste collegae van toegevoegde waarde is voor de kaderopleiding en dat het belangrijk is huisartsen in het begin van hun carrière al extra kennis mee te geven op het gebied van de ouderengeneeskunde. Rob Leinders zal hen begeleiden (zie ook kennismaken).

4.3 Locatie, diner en overnachting

De tweedaagse bijeenkomsten vinden plaats centraal in het land. Tijdens tweedaagse bijeenkomsten zijn diner en hotelovernachting bij de prijs inbegrepen, deze worden door de opleiding geboekt. We gaan er vanuit dat iedereen blijft dineren en overnachten tijdens de tweedaagse. Mocht dit niet lukken, laat het dan tijdig weten in verband met annuleren. De eendaagse onderwijsdagen vinden (tenzij het om een site visit gaat) plaats in Level, naast station Leiden centraal. De onderwijsdagen duren in principe van 9.00-17.00 uur, maar tijdens tweedaagse bijeenkomsten kunnen gewijzigde tijdstippen gelden. Overnachtingen voorafgaand aan een onderwijsdag kunnen, tegen gereduceerd tarief, worden verzorgd door onze ondersteuner Martine de Niet (e-mail: [M.de Niet-Robbers@lumc.nl](mailto:M.de_Niet-Robbers@lumc.nl)). De Journal Club zal online plaatsvinden via Zoom.

4.4 HAweb

We gebruiken HAweb als communicatiemiddel voor alle opleidingszaken en als verzamelpaats voor literatuur en opdrachten van de deelnemers. De meest actuele informatie m.b.t. het huiswerk voor onderwijsdagen wordt ook op HAweb geplaatst. Daarnaast maken we gebruik van de mogelijkheden die HAweb biedt als plaats voor discussie en informatie uitwisseling. Door hier gebruik van te maken, wordt het onderlinge contact bevorderd en wordt de aandacht gevestigd op actuele zaken en praktische knelpunten. Deelnemers houden hun eigen portfolio bij op HAweb. Indien deelnemer tussentijds feedback van hun individuele groepsbegeleider wensen kunnen zij daar dmv

een persoonlijk bericht om vragen. De groepsbegeleider kan zijn/haar commentaar ook via HAweb geven.

4.5 Onderwijsdag gemist?

In het algemeen geldt dat het is toegestaan om één onderwijsdag te missen. Bij twee gemiste dagen volgt een extra opdracht. Wanneer een deelnemer door overmacht een (groter) deel van de opleiding niet kan bijwonen, zou deze te zijner tijd kunnen aanhaken bij een andere groep. Is deze mogelijkheid er niet, dan geldt dat de deelnemer zelf met een voorstel komt hoe de afwezigheid te compenseren. Dit is meer dan thuis iets nalezen. Onderwijs is zoals gezegd immers niet alleen bedoeld voor kennisoverdracht, maar ook voor gezamenlijke verdieping, interactie, reflectie en oefening.



5 Toelatingscriteria, beoordeling, portfolio en reflectie

5.1 Toelatingscriteria

Om te kunnen deelnemen aan de Kaderopleiding Geïntegreerde Eerstelijns Ouderengeneeskunde zijn de volgende toelatingscriteria geformuleerd:

- U staat geregistreerd als specialist ouderengeneeskunde of als huisarts of u verricht vergelijkbare taken als arts in de eerstelijns ouderenzorg.
- U heeft relevante werkervaring in dit vakgebied.
- U werkt in een organisatie/praktijk waar u invloed heeft op de organisatie.

Voor specialisten ouderengeneeskunde geldt tevens als toelatingseis dat zij minimaal 4 consulten per maand in de 1e lijn doen en/of in minimaal 1 verzorgingshuis adviseur van de huisarts zijn. Deze toelatingscriteria zijn gekozen omdat dit noodzakelijke voorwaarden zijn om de huiswerkopdrachten en een kwaliteitsproject te kunnen uitvoeren. Voor alle deelnemers geldt dat zij werken in een positie die het mogelijk maakt om een relevant kwaliteitsproject te verrichten.

5.2 Portfolio

Deelnemers gebruiken een persoonlijk digitaal portfolio op HAweb dat deels gericht is op de ontwikkeling en deels gericht op beoordeling van de (aanstaande) kaderarts. In het portfolio analyseert en illustreert de deelnemer vervolgens wat goed gaat en wat nog niet goed genoeg. Op basis daarvan kan hij/zij vervolgens leerpunten formuleren. Op deze manier kunnen reflecteren is een essentiële vaardigheid voor een lerende professional. Dit samenstellen en bespreken van een portfolio wordt reflecteren geoefend. Dit portfolio is voor de begeleiders van de opleiding de basis om feedback te geven. Iedere deelnemer is verbonden aan een van de twee groepsbegeleiders waarvan hij/zij individuele begeleiding/coaching kan verwachten als daar behoefte aan is. Een compleet portfolio kan gezien worden als een eindproduct van de opleiding. Het geeft een goed en gevarieerd beeld van de kennis, vaardigheden, (beroeps)houding en ervaring van de (a.s.) kaderarts. Deelnemers kunnen er aan het eind van de opleiding mee aantonen dat zij over alle competenties beschikken die van hen worden gevraagd. Ook na afronding van de kaderopleiding blijft het portfolio bruikbaar. De exacte vorm en werkwijze met het portfolio wordt aan het begin van de opleiding verder toegelicht.

We onderscheiden in de portfolio ontwikkelings- en beoordelingsbijdragen. De bijdragen dienen op tijd op HAweb geplaatst te zijn door middel van een verslag. Dit is belangrijk om zo goed mogelijk gebruik te kunnen maken van de feedback van de begeleiders en groepsgenoten. Het komt uw eigen leer- en groeiproces ten goede!

5.3 Onderdelen portfolio

Inhoud portfolio	Aanlevermoment op HAweb	Ontwikkeling of beoordeling
Curriculum Vitae	Aangeleverd vóór start opleiding	Ontwikkeling
Vragenlijst praktijksituatie en lokaal netwerk (t.b.v. intake/kennismaking)	Aangeleverd vóór start opleiding	Ontwikkeling
Self-assessment + leerstijl	Eind augustus vóór start opleiding	Ontwikkeling
Individueel Opleidingsplan (IOP) bij de start en ontwikkeling aan de hand van leerpunten uit de onderwijsdagen	September jaar 1 Mei einde jaar 1	Ontwikkeling

Medisch inhoudelijke opdrachten en Voorbereidingsopdrachten onderwijsdagen	Per onderwijsprogramma	Beoordeling
Verslag persoonlijke leerpunten (reflectie op de onderwijsdag)	Per onderwijsdag (uiterlijk 7 dagen vóór de volgende onderwijsdag)	Ontwikkeling
Zorgbehandelplannen (minimum van 2, zoveel als nodig tot voldoende beoordeeld) incl. polyfarmacie en follow up na evaluatie	Gedurende jaar 1, beoordeling uiterlijk juni jaar 1	Ontwikkeling en beoordeling
Stages	Stageplan: januari jaar 1 Verslagen: Aansluitend aan stage, laatste uiterlijk maart 2025	Beoordeling
Presentatie en feedback	Gedurende studiejaar	Beoordeling
Eigen onderwijs <ul style="list-style-type: none"> - Opzet en invulling - Positieve beoordeling begeleider - Reflectie 	Gedurende studiejaar, aansluitend aan gegeven onderwijs (vóór de volgende onderwijsdag)	Beoordeling
Consultatie en evaluatieverslag van een gegeven consultatie	Gedurende studiejaar, aansluitend aan gegeven consultatie (vóór de volgende onderwijsdag)	Beoordeling
Kwaliteitsproject incl. stages. Zie format projectopdracht en format projectplan op HAweb en programmabeschrijving	Zie programmabeschrijving: <ul style="list-style-type: none"> - Projectplan: juni 2025 - Eindverslag + reflectie: eind maart 2025 - Poster en presentatie: mei 2025 	Beoordeling
Journal Club: minimaal 4 bijeenkomsten 1e jaar bijgewoond, Deelname quiz en per bijeenkomst kort leerpuntenverslag in portfolio.	Einde jaar 1	Beoordeling
Reflectieverslag na elke mentorgroepbijeenkomst	Een week voor de volgende mentorgroepbijeenkomst staat het reflectieverslag op de besloten omgeving van de mentorgroep	Beoordeling door mentor op proces
Reflectieverslag op opleiding in het geheel	Jaar 1: juni einde jaar 1 Gehele opleiding: mei jaar 2	Beoordeling

5.4 Beoordeling

De kwaliteitsbewaking en toetsing vinden plaats aan de hand van het competentieprofiel van de kaderarts (zie bijlage 1). De deelnemers participeren actief en constructief in de groep. Daarnaast zijn de opdrachten gedurende het jaar op tijd ingeleverd, zodat er ruimte is voor feedback, en zijn alle opdrachten met een voldoende beoordeeld. Tijdig voor de beoordelingsmomenten zijn alle stukken compleet en overzichtelijk te vinden in het digitaal portfolio op HAweb. Aan het einde van het eerste jaar van de opleiding vindt een tussenbeoordeling plaats, die voorbereid wordt door individuele groepsbegeleider en deelnemer (eventueel telefonisch). Indien er behoefte bestaat kan de mentor en/of groepsbegeleider na afstemming met de deelnemer besluiten tot een driegesprek.

Indien wordt verwacht dat een deelnemer niet zal kunnen voldoen aan de gestelde eisen van de opleiding, zal dit uiterlijk tijdens de tussenbeoordeling met de betrokkene besproken worden. Ook kunnen er extra afspraken gemaakt worden bedoeld om de deelnemer de kaderopleiding wel met succes af te laten ronden. Aan het eind van de

opleiding vindt er een eindbeoordeling plaats. De eindbeoordeling wordt gedaan op grond van de criteria van het competentieprofiel van de kaderarts, gebruikmakend van de stukken uit het portfolio. Een essentieel onderdeel van de uiteindelijke toetsing is het kunnen reflecteren op het eigen leerproces. In het reflectieverslag is het natuurlijk belangrijk om stil te staan bij wat de opleiding u tot nu toe gebracht heeft. Voldoet het aan de verwachtingen? Wat wel en wat niet? Leidt de opleiding tot veranderingen in de praktijk m.b.t. de eigen houding en functioneren? Blijf niet hangen in concrete leerpunten, die staan in het IOP. Het gaat veel meer om de grote lijn. Pak het selfassessment uit het begin van de opleiding erbij en kijk nog eens naar de competentiegebieden en leerdoelen. Welke onderdelen van de opleiding hebben de meeste leeropbrengst gehad? Maak een onderscheid tussen zelfstudie, onderwijsdagen, eigen onderwijs, stages, EBM en het kwaliteitsproject. Probeer in grote lijnen te concretiseren wát je geleerd hebt, echter verval niet in gedetailleerde leerpunten. Zie ook bijlage 10 (reflectieverslag) en bijlage 11 (beoordelingsprocedure).

6 Na(ast) de kaderopleiding

6.1 Registratie als kaderarts

Na het met goed resultaat afronden van de opleiding kunnen huisartsen zich laten registreren als Kaderarts Eerstelijns Ouderengeneeskunde in het register voor Huisartsen met Bijzondere Bekwaamheden (CHBB.nl). Specialisten ouderengeneeskunde kunnen zich laten registreren in een speciaal register van Verenso voor kaderartsen SO 1e lijn. Zie voor registratie en herregistratie procedures en voorwaarden de sites www.CHBB.nl (huisartsen) en www.verenso.nl (specialisten ouderengeneeskunde).

Één van de eisen voor herregistratie is deelname aan een intervisiegroep, dit kan ook al als je kaderarts in opleiding bent (wat wij als groepsbegeleiders/staf ten zeerste aanraden!)

6.2 Laego: landelijke adviesgroep eerstelijns geneeskunde voor ouderen

Het volgen van een opleiding is één ding, maar daarna(ast) wacht het echte werk. De regierol is vooral in de ouderenzorg zeer gewenst en noodzakelijk. Op basis van de kaderopleiding beschik je straks over een specifieke deskundigheid op dit terrein die je kan inzetten in jouw eigen regio. Maar hoe maak je die deskundigheid bekend, zodat collega's je weten te vinden? En hoe ga je te werk als je op die deskundigheid wordt aangesproken en mensen dus werkelijk advies van jou vragen? Bij uitwisseling hierover met collega's gaat het om de vraag: hoe profileer je jezelf op een manier die recht doet aan je deskundigheid en mogelijkheden? Tijdens de opleiding stimuleren we de deelnemers een kaderarts in de eigen regio te benaderen als "buddy". Dit dient meerdere doelen: de samenwerking start meteen, je maakt jezelf al bekend als kaderarts in opleiding in de regio en je kunt dankbaar gebruik maken van de kennis en het netwerk van de meer ervaren kaderarts (en vice versa uiteraard).

Na het afronden van de kaderopleiding houd je contact met collega kaderartsen ouderengeneeskunde via Laego, de Landelijke Adviesgroep eerstelijns Geneeskunde voor Ouderen. Laego is de expertgroep van kaderhuisartsen ouderengeneeskunde en in juni 2010 als stichting opgericht. Begin 2016 is de groep uitgebreid, en kunnen ook kaderartsen Specialist Ouderengeneeskunde in de eerste lijn lid worden van Laego.

Laego geeft gevraagd en ongevraagd advies aan beleidsmakers, zowel binnen als buiten de eigen beroepsgroepen en stelt zich onafhankelijk op. Tegelijk werkt ze nauw samen met medewerkers van zowel het NHG, de LHV, Verenso en InEen. Laego stelt de oudere centraal en wil bijdragen aan en draagvlak creëren voor die gewenste veranderingen die bijdragen aan de kwaliteit van leven van ouderen. Laego is aanspreekpunt voor andere organisaties die in dit transitietraject zitten. Ze toont tevens verantwoordelijkheid en leiderschap door zich uit te spreken voor of tegen bepaalde ontwikkelingen en mee te denken over haalbare en toekomstbestendige oplossingen. Naast bovengenoemde landelijke en regionale activiteiten in de ouderenzorg, vervult Laego ook een netwerkfunctie voor de kaderartsen ouderengeneeskunde. Het gaat hierbij om onderlinge uitwisseling, steun, inspiratie en het delen van kennis, ervaringen en materialen.

6.2.1. Visie Laego

De toenemende complexiteit van zorg vereist samenwerken, adequaat verslagleggen en het uitwisselen van informatie tussen zowel de professionele zorgverleners als de vrijwilligers en het sociale netwerk van de oudere. Korte lijnen zijn daarbij onmisbaar. Laego stimuleert deze ontwikkelingen en kaderartsen initiëren en ondersteunen de daadwerkelijke uitvoering. Bij ouderen met multimorbiditeit en complexe problematiek

staat de kwaliteit van leven voorop. Huisartsen, specialisten ouderengeneeskunde, praktijk- en/of wijkverpleegkundigen en welzijnswerkers werken daarom nauw samen. Het is een uitdaging om oudere patiënten, ook als dat wat moeilijker gaat of naasten het soms anders willen, zoveel mogelijk de regie over het eigen leven te laten voeren. Dat vraagt om een verbreding van onze visie op ouderen, om te denken in termen van functioneren en zelfredzaamheid en niet alleen in ziekte en behandeling. Aandacht voor de persoon met diens wensen en mogelijkheden is het uitgangspunt.

In januari 2021 kwam de nieuwe Laego-visie uit. In deze nieuwe visie worden de ontwikkelingen in de eerstelijns ouderenzorg en de rol van de kaderartsen hierin gedurende de komende 5 jaar uiteengezet, zoals Laego deze voor zich ziet. Voor het volledige document waar de nieuwe visie van Laego beschreven staat verwijzen we je naar de website van Laego: <https://www.laego.nl/over-laego/visie-en-missie/>

Zorg én ondersteuning

De medische zorg wordt geleverd vanuit eerstelijnscentra, waarin huisartsen ook nauw samenwerken met paramedici, WMO-consulenten, casemanagers en vele anderen. De ondersteuning wordt zoveel mogelijk geleverd door de eigen omgeving van de oudere, aangevuld met vrijwilligers uit buurtcentra en andere welzijnsvoorzieningen. De ontwikkelingen op het gebied van domotica en veiligheid vergroten de zelfredzaamheid.

Korte lijnen

Korte lijnen maken dat signalen adequaat doorgegeven kunnen worden en er tijdig preventieve acties worden ondernomen. Uiteraard met inachtneming van de privacy en met respect voor de eigen keuzes van ouderen. Naar verwachting draagt deze manier van werken ook bij aan het betaalbaar houden van ons stelsel en aan het werkplezier voor alle betrokkenen.

6.2.2 Lidmaatschap Laego

Alle geregistreerde afgestudeerde kaderartsen ouderengeneeskunde kunnen lid worden van Laego. Hiervoor betalen de leden jaarlijks een contributie. Kaderartsen in opleiding kunnen (kosteloos) aspirant-lid worden. Meld je dus aan voor Laego. Hierdoor heb je ook toegang tot:

- De Laego-groep op HAweb, voor informatie uitwisseling, vragen en contacten
- Symposia en tweedaagsen georganiseerd door Laego
- Ondersteuning bij het vinden van een intervisie groep
- De Laego academy

Tevens biedt lidmaatschap de mogelijkheid tot deelname aan (landelijke) werkgroepen en andere activiteiten waar Laego bij betrokken is. Denk bijvoorbeeld aan het schrijven/herzien van standaarden en richtlijnen op het gebied van ouderenzorg.

Website : www.laego.nl

E-mail : info@laego.nl

7 Coördinatoren, groepsbegeleiders, mentoren en begeleidingscommissie

de coördinator van de kaderopleiding is Susanne de Kort. De groepsbegeleiders zijn Yvonne Martens en Clara van den Dool (jaargang 2023 – 2025) en Shanti Brandon en Susanne de Kort (jaargang 2022 – 2023). Ook zijn er drie mentoren aan de opleiding verbonden, namelijk Corina Douma, Claudia Oosterwaal en Gerda Dijkstra. Paula Broersen is onze onderwijskundige. Martine de Niet is ondersteunend voor alle organisatorische en praktische zaken. Wij stellen ons hieronder aan u voor.

7.1 Het Team

Mijn naam is Shanti Brandon. In 2010 heb ik de huisartsopleiding afgerond en in 2012 de kaderopleiding ouderengeneeskunde. Vanuit mijn ervaring als wereldburger heb ik altijd al iets anders naar ouderenzorg gekeken. Dit zie ik vooral als een voordeel om ook bij te kunnen dragen aan buiten de kaders te denken en creatieve oplossingen te vinden. Het is een genot om naast mijn



werk als huisarts met ouderenzorg bezig te zijn. We bouwen samen aan een netwerk (LAEGO) en zijn beleidsmatig, projectmatig en constructief bezig om de eerste lijn te versterken rondom de ouderen. Voorbeelden zijn de implementatie van ouderenzorg in de huisartspraktijk, de samenwerking met de SO, een ELV (eerstelijnsverblijf) opzetten en ACP in de eerste lijn, ook bij kwetsbare ouderen. In juni 2023 kwam het boek Ouderenzorg in de huisartspraktijk uit waar ik aan mocht bijdragen.



Mijn naam is Susanne de Kort en deze kaderopleiding vind ik een van de leukste opleidingen die ik ooit heb mogen doen (2017-2019). Het bij elkaar komen vanuit het hele land, uitwisselen van bevlogen ideeën over betere ouderenzorg, het samen genereren van een toekomstbestendige visie en het me laten inspireren door de diverse leiderschapskwaliteiten van mededeelnemers. Al deze ingrediënten vind je als het goed is nog steeds terug in de opleiding die je als deelnemer ook zelf mede kunt bepalen (zodat deze aan jouw leerbehoefte voldoet!). Ik draai sinds 2020 mee in ons geweldige team als groepsbegeleider en sinds kort ook als de coördinator van de opleiding. Ik heb net een jaartraining coachen afgerond waarmee ik probeer mijzelf ook steeds te blijven ontwikkelen. Ondertussen blijf ik als kaderarts specialist ouderengeneeskunde, liefst op de fiets, actief in de wijk en regio om bij te dragen aan de zorg voor kwetsbare ouderen thuis.



Mijn naam is **Yvonne Martens**. Sinds 2002 werk ik als specialist ouderengeneeskunde, waarvan sinds 2007 buiten de muren van het verpleeghuis. Het werken in de eerste lijn heeft mij vanaf het begin “gegrepen”: de oudere mens in zijn eigen “systeem” en omgeving kunnen ondersteunen door middel van de juiste (medische) zorg en behandeling waar nodig vind ik nog altijd het mooiste werk dat er is. In onze veranderende maatschappij blijft de kwetsbare oudere steeds langer thuis wonen. Daarom is het van groot belang dat huisartsen en specialisten ouderengeneeskunde nog veel meer gaan samenwerken om voor deze kwetsbare groep de juiste zorg en behandeling te regelen. Als kaderartsen spelen wij daar een belangrijke rol in. Ik vind het een ongelooflijk mooie uitdaging om met de kaderopleiding in te kunnen spelen op deze ontwikkelingen en kaderartsen “af te leveren” die een pioniersrol willen vervullen en het verschil durven maken. Een aantal van jullie zal mij al kennen van SOOL, de opleiding voor het specialisme ouderengeneeskunde bij het LUMC. Sinds 2014 vervul ik daar met veel plezier o.a. de functie van moduleverantwoordelijke/docent Ambulante GGZ. Oh ja, daarnaast probeer ik nog tijd te maken voor mijn gezin (met man en drie pubers) en houd ik erg van lekker koken en muziek maken (ik speel saxofoon in een orkest en kwartet.)



Mijn naam is Clara Markus. Ik ben huisarts sinds 2000 en sinds 2013 kaderhuisarts ouderengeneeskunde. Ouderen hebben met hun unieke levensverhalen altijd mijn bijzondere aandacht gehad. De opleiding tot kaderhuisarts ouderengeneeskunde gaf me indertijd de mogelijkheid om me extra in deze groep te verdiepen, maar bood veel meer. Als kaderarts ouderengeneeskunde word ik steeds uitgedaagd om - bij alle maatschappelijke ontwikkelingen - na te denken over wat goede zorg is en daarbij alert te blijven om patiënt en mantelzorger recht te doen. Het is mooi om ook in de kaderopleiding steeds nieuwe input te krijgen in de interactie met collega's en deelnemers. Met elkaar de zorg aan kwetsbare ouderen gestalte geven is een belangrijke drijfveer in mijn werk als kaderarts en als groepsbegeleider bij de opleiding.

Hoi, ik ben **Claudia Oosterwaal**. Velen van jullie kennen me mogelijk, in elk geval de SO's die in Amsterdam de opleiding hebben gedaan voor specialist ouderengeneeskunde, waar ik al meer dan vijftien jaar werk als Gedragswetenschapper. NB.: Ik schijn wel wat strenger geworden te zijn, begreep ik uit feedback. Als Gezondheidszorgpsycholoog werk ik met veel plezier in een verpleeghuis, waar naast psychogeriatricie en een interventie afdeling, ook cliënten wonen die net een tikje anders zijn. Naast mijn werk heb ik twee geweldige kinderen die zorgen dat ik up to date blijf wat betreft de ontwikkelingen op ICT gebied. In mijn rol als mentor voor de Kaderopleiding 1e lijn, is mijn uitdaging te zorgen dat jullie weten wat de kracht is dat je over 1,5 jaar kaderarts 1e lijn bent en dan volgt het systeem vanzelf. Tot de 1e mentorbijeenkomst.



Ik ben Corina Douma en als huisarts in een wijk met veel ouderen heb ik gedurende 25 jaar vele veranderingen in de (ouderen)zorg ervaren. Tevens werk ik in diverse rollen bij de huisartsopleiding in Leiden en bij SOOL en heb ik als kaderhuisarts Supervisie en Coaching mijn eigen praktijk voor intervisiebegeleiding en coaching. De maatschappelijke veranderingen en hoe die vertaald worden in de zorg en daarmee in de opleiding, interesseren mij. Net als de vraag wat mensen drijft. Ik hoop deze ervaringen in te kunnen zetten als mentor bij de kaderopleiding ouderengeneeskunde.



Mijn naam is Christine Vis. Ik ben 25 jaar huisarts en sinds 5 jaar kaderhuisarts Supervisie & Coaching. Wat mij hierbij drijft is mijn interesse in de mens achter de dokter.

Ik ben als supervisor verbonden aan het LUMC bij zowel de opleiding tot huisarts als de opleiding tot specialist ouderengeneeskunde. Daarnaast kom ik regelmatig in het verpleeghuis bij het voeren van visitatiegesprekken in het kader van herregistratie voor specialisten ouderengeneeskunde. In mijn werk als huisarts zie ik voor welke uitdagingen we staan met betrekking tot de ouderengeneeskunde, nu en in de toekomst. Ik hoop daarom als mentor een mooie bijdrage te kunnen leveren aan de kaderopleiding.



Ik ben getrouwd, heb 3 volwassen studerende kinderen en woon in Almere. In mijn vrije tijd ben ik graag buiten sportief bezig en mijn tuin is mijn lust en mijn leven.



Mijn naam is **Rob Leinders**. Sinds 1980 ben ik huisarts, in 1982 gestart als praktijkhouder in Den Haag. Zoals zo velen aanvankelijk als solist. In 2006 samen met 3 collega's en een apotheker een Hoed en later een GEZ gestart. Ik heb veel affiniteit met onderwijs. Na begeleiden van 20 coassistenten ben ik opleider geworden, heb uiteindelijk 22 aiOS opgeleid. Ik had een praktijkpopulatie met veel ouderen. Om me meer te verdiepen in de problematiek van en rond ouderen ben ik de kaderopleiding ouderengeneeskunde gaan volgen, afgerond in 2010.

Wat me aansprak was dat bij ouderen protocollen en modellen niet toepasbaar zijn, dat je weer moet nadenken, echt moet dokteren. Al snel werd me duidelijk dat gezondheidswinst bij ouderen meer afhangt van het sociaal netwerk rond de oudere dan van de medisch inhoudelijke acties bij die oudere. Kortom, de ingeïntegreerde proactieve zorg. Dit heeft me gestimuleerd een geriatrisch netwerk rondom onze Hoed te realiseren. Later ben ik betrokken geraakt bij een grote zorggroep in Den Haag als kaderhuisarts. In Den Haag is (nog steeds) veel te winnen op het gebied van samenwerking. Januari 2020 ben ik gestopt als praktiserend huisarts, ben wel actief gebleven bij de zorggroep, inmiddels opgegaan in Hadoks. Vorig jaar ben ik gevraagd docent te worden bij de differentiatie ouderengeneeskunde LUMC. Muziek maken is een van mijn hobby's, ik speel graag piano en zing in een koor. Daarnaast zijn hardlopen en wandelen favoriete bezigheden.

Mijn naam is **Paula Broersen**. Sinds mei 2017 werk ik als onderwijskundig adviseur bij het LUMC. Ik ben gestart bij de medische vervolgoopleidingen en de master Population Health Management. Sinds oktober 2019 ben ik werkzaam bij de opleiding tot specialist ouderengeneeskunde en in 2020 is daar de kaderopleiding bijgekomen. Ik ben enorm gedreven om zinvol en interessant onderwijs neer te zetten samen met docenten. Want leren is eigenlijk hartstikke leuk! Naast mijn werk geniet ik ontzettend van bewegen, ik doe voornamelijk aan freerunning maar waag mij ook weleens aan boulderen, snowboarden, zwemmen, paardrijden, en andere leuke activiteiten die op mijn pad komen.



Mijn naam is **Mascha Egberts**. Ik ben als docent en groepsbegeleider verbonden aan de kaderopleiding Beleid & Beheer. Heb een achtergrond in de sociale wetenschappen: een propedeuse in de Psychologie in combinatie met een bovenbouw studie Communicatiewetenschap aan de UvA. Gedurende mijn werkende leven heb ik veel projecten en programma's geleid in diverse sectoren in samenwerking met verschillende beroepsgroepen. Heb me in het bijzonder verder bekwaamd in organisatievraagstukken, verandermanagement en coaching. De afgelopen vijftien jaar heb ik leiding gegeven aan veranderingen en verbeteringen in verschillende sectoren, waaronder de ouderenzorg, thuiszorg en het sociaal domein. Ben graag een strategische sparringpartner, tactische aanjager en praktische doener op het gebied van vernieuwing in de care en cure. Ik vind het leuk om als docent verbonden te zijn aan deze opleiding om op deze wijze mijn kennis van theoretische modellen én praktijkervaring te kunnen delen en verrijken in uitwisseling met de deelnemers en andere docenten.

Sinds 1986 ben ik, **Gré van Gelderen**, huisarts en had altijd veel behoefte aan werkzaamheden náást het huisartsenvak. Zo werkte zo'n 10 jaar bij de huisartsenopleiding van het AMC, gaf 3 jaar het kwaliteitsbeleid van de Haagse huisartsenpost vorm en was de laatste 15 jaar actief in het management van de geïntegreerde eerste lijn en de huisartsenzorg voor asielzoekers. De laatste 7 jaar was ik docent bij de differentiatie Beleid en Beheer voor 3e jaars huisartsen in opleiding en één jaar als docent bij de kaderopleiding Beleid en Beheer. Als coördinator bereid ik me samen met Mascha voor om de kaderopleiding Beleid en Beheer te starten in het najaar van 2022. Ik vind het belangrijk dat (huis)artsen/SO betrokken zijn bij zorgvernieuwing en structuurveranderingen in de gezondheidszorg. Het onderwijs binnen deze kaderopleiding vanuit Beleid en Beheer is erop gericht dat de deelnemers meer kennis van deze processen hebben en aan het einde van de opleiding meer zelf de regie kunnen nemen.



Mijn naam is **Martine de Niet** en sinds september 2018 organiseer ik met veel plezier de Kaderopleiding geïntegreerde eerstelijns ouderengeneeskunde vanuit Boerhaave Nascholing. Dit betekent dat ik betrokken ben bij veel van het 'regelwerk' dat achter de schermen moet gebeuren om de onderwijsdagen op rolletjes te laten lopen. De afwisseling van het afstemmen van de diverse onderwijslocaties, het vastleggen van de catering en het contact met de docenten en deelnemers maakt het werk ontzettend leuk. We doen ons uiterste best om ervoor te zorgen dat de opleiding tot in de puntjes geregeld is, zodat u een fijne en leerzame dag kunt beleven. In mijn vrije tijd geniet ik van m'n dochter Anne van 4. Daarnaast ga ik graag op reis en ben ik veel buiten te vinden: op de fiets, aan de wandel of aan het tuinieren. U kunt mij bereiken via mijn mailadres M.de_Niet-Robbers@lumc.nl.



7.2 Opleidingscommissie

De opleidingscommissie van de kaderopleiding geïntegreerde eerstelijns ouderengeneeskunde staat de opleidingscoördinatoren bij in het ontwikkelen en uitvoeren van de opleiding en het bewaken van het leerproces van de deelnemers. Indien deelnemers hierover vragen of opmerkingen hebben kunnen zij, indien de opleidingscoördinatoren de vragen onvoldoende kunnen beantwoorden, hun vragen of opmerkingen neerleggen bij de commissie. Ook kunnen geschillen voorgelegd worden.

De opleidingscommissie bestaat uit:

- Dhr. prof. dr. W.P. Achterberg, hoogleraar Institutionele zorg en ouderengeneeskunde, LUMC
- Mw. prof. dr. J. Gussekloo, hoogleraar Eerstelijns geneeskunde, de wetenschappelijk onderbouwing van de klinische praktijk, LUMC
- Dhr. dr. J. de Jong, clusterhoofd Kwaliteit, Beleid en Implementatie, NHG
- Mw. drs. W.K. Hommes-Poucki, Beleidsadviseur, Verenso
- Mw. dr. H.M.M. Vos, hoofd huisartsopleiding, PHEG, LUMC
- Dhr. dr. V.G.M. Chel, hoofd opleiding specialisme ouderengeneeskunde, PHEG, LUMC

De commissie is bereikbaar via Martine de Niet: M.de_Niet-Robbers@lumc.nl.

8 Aanbevolen literatuur

J.W.M. Muris et al (2022). *Ouderengeneeskunde in de eerste lijn*. Houten, Bohn Stafleu van Loghum.

V. Kenter-Hupkes en B. Oostveen (2023). *Ouderenzorg in de huisartsenpraktijk*. Utrecht, Prelum uitgevers.

J. Bos, et al (2010). *PMC Compact. Projectmatig creëren binnen handbereik*. Schiedam, Scriptum (wordt vanuit de opleiding verstrekt).



Bijlage 1: Specifieke competenties kaderarts

(huisarts én specialist ouderengeneeskunde)

Bij deze competenties maken we gebruik van het competentieprofiel van kaderartsen, zoals dit door het NHG is opgesteld (zie <https://www.nhg.org>). Er wordt gebruik gemaakt van de CanMeds-indeling.

1.1 Medische competenties

De kaderarts GEO

- a. Is in staat tot een goede hulpvraagverheldering bij de adviesvrager/verwijzer in de eerste lijn.
- b. Heeft kennis van de instrumenten om kwetsbare ouderen in de eerste lijn op te sporen en kan deze toepassen.
- c. Heeft kennis van de NHG-standaarden en praktijkwijzers, die toegepast worden in de ouderenzorg.
- d. Specialist ouderengeneeskunde is, na verwijzing door de huisarts, in staat op adequate wijze informatie te verzamelen en gericht medische en functionele diagnostiek te verrichten ongeacht de woonomgeving van de patiënt.
- e. Specialist ouderengeneeskunde stemt communicatie over bevindingen en behandeladvies af op de behoefte van de adviesvrager/verwijzer in de eerste lijn, dat wil zeggen volledig maar beknopt, bondig en met snelle reactietijd.
- f. Draagt zijn werkwijze uit naar de hulpverleners in de eerste en tweede lijn en toont het belang van een proactieve, samenhangende multidisciplinaire zorg voor de complexe oudere patiënt.
- g. Is in staat te onderkennen wanneer verwijzing naar een andere medisch specialist noodzakelijk wordt en initieert of stimuleert het proces van afwegen van noodzakelijkheid en wenselijkheid van verdere medische interventies. Dit geldt specifiek voor de huisarts in relatie tot de specialist ouderengeneeskunde.
- h. Is in staat een rationeel farmacotherapie beleid te voeren, hierover advies te geven aan bv. de huisarts en een bijdrage te leveren aan het medicatiereview in de eerste lijn.
- i. Kan in de thuissituatie op adequate wijze de multidisciplinaire behandeling initiëren en begeleiden en intensieve zorg bieden en kent hierin haar/zijn eigen beperkingen.
- j. Treedt doelmatig op in acute situaties en zorgt voor een duidelijke afstemming met andere betrokken behandelaars en zorgverleners.

1.2 Communicatie

- a. De specialist ouderengeneeskunde kan zich introduceren en profileren bij eerstelijns en tweedelijns voorzieningen die zich bezig houden met (medische) zorg voor (kwetsbare) ouderen en chronisch zieken.
- b. De huisarts betreft tijdig en op een functionele manier eerstelijns en tweedelijns voorzieningen die zich bezig houden met (medische) zorg voor (kwetsbare) ouderen en chronisch zieken.
- c. Maakt adequate afspraken over beschikbaarheid van medische gegevens en afbakening van verantwoordelijkheden van verschillende behandelaars.
- d. Kan de patiënt en zijn systeem adequaat uitleg geven over de samenwerking en de taakverdeling tussen bij de patiënt betrokken hulpverleners.
- e. Kan transparante afspraken maken over eigen bereikbaarheid en beschikbaarheid met degenen met wie wordt samengewerkt.

- f. Is in staat tot het voeren van effectieve medische correspondentie en mondelinge communicatie, afgestemd op de betreffende eerstelijns voorziening.

1.3 Samenwerken

- a. Kent in de regio de huisartsen, specialisten ouderengeneeskunde en de betrokken medisch specialisten, waar onder de psychiater en geriater/internist ouderengeneeskunde, dan wel is in staat deze contacten te leggen en te onderhouden op basis van gelijkwaardigheid.
- b. Is bekend met de bestaande ketenzorgtrajecten in de regio en relevante landelijke projecten.
- c. Is bekend met de werkwijze en praktijkvoering van de huisarts en de specialist ouderengeneeskunde en is in staat een effectieve, gelijkwaardige samenwerkingsrelatie op te bouwen als hoofdbehandelaar, consulent en/of als medebehandelaar.
- d. Kan, omdat hij bekend is met verschillende werkterreinen, zijn multidisciplinaire probleemgestuurde benadering toepassen in het verzorgingshuis, in de thuissituatie en in het ziekenhuis in samenwerking met de andere betrokken hulpverleners.
- e. Is in staat een multidisciplinair team aan te sturen dan wel er deel van uit te maken en in een multidisciplinair overleg te participeren, ongeacht de plaats waar de patiënt verblijft.
- f. Is in staat een samenwerkingsproject te initiëren in samenhang en samenwerking met de andere eerstelijnsvoorzieningen en de daarin werkzame hulpverleners.
- g. Heeft kennis van de deskundigheid en werkwijze van praktijkondersteuners, praktijkverpleegkundigen, verpleegkundig specialisten, SPV'ers en casemanagers, en is in staat tot een effectieve, gelijkwaardige samenwerking met hen.

1.4 Kennis en wetenschap

- a. Heeft kennis van relevante richtlijnen en standaarden en kan deze vertalen naar de praktijk.
- b. Is in staat tot effectief zoeken en beoordelen van wetenschappelijke literatuur, kan deze kennis benutten voor zichzelf (o.a. door het maken van een CAT) en overdragen aan anderen.
- c. Kan door middel van bij- en nascholing kennis overdragen aan eerste- en tweedelijns hulpverleners in het kader van deskundigheidsbevordering.
- d. Levert vanuit zijn expertise op het gebied van het werken in de eerste lijn een bijdrage aan de wetenschappelijke onderbouwing van het vakgebied en de ouderengeneeskunde.
- e. Denkt mee in ontwikkelingen en richtlijnen in de eerstelijns ouderenzorg.

1.5 Maatschappelijk handelen

- a. Is zichtbaar in het veld van de ouderenzorg en is op de hoogte van alle relevante, ook niet-medische, partijen, de sociale kaart. Onderhoudt zo nodig contacten met spelers in het veld van de ouderengeneeskunde en de ouderenzorg en stimuleert anderen tot het leggen van deze contacten.
- b. Is in staat voor de collega's binnen de eigen regio een voortrekkersrol te vervullen op het gebied van werken in de eerste lijn en is in dit opzicht herkenbaar in de eigen regio.
- c. Is in staat voorlichting en scholing te geven aan mantelzorgers en andere belangstellenden over gerichte medisch-inhoudelijke en ethische thema's.

- d. Kan een aandeel hebben in (het opzetten van) begeleidingsgroepen voor familieleden van patiëntengroepen. Herkent de (gevolgen van de) belasting voor mantelzorgers en kan hierin adequaat adviseren aan mantelzorgers zelf en/of behandelaars.
- e. Brengt medisch-ethische vragen in en initieert of stimuleert vragen met betrekking tot kwaliteit van leven en levenswijze met de patiënt en diens omgeving en andere hulpverleners in de eerste lijn.
- f. Kan advies geven over preventie en gezondheidsbevorderende of kwaliteit van leven bevorderende maatregelen aan zorgorganisaties en overheden.
- g. Heeft kennis van wet- en regelgeving inzake wilsbekwaamheid, vrijheidsbeperkende maatregelen, rijbewijs, mentorschap, enz..
- h. Volgt de maatschappelijke en politieke ontwikkelingen aangaande de gezondheidszorg en kan hier rekening mee houden in de verbetering en innovatie van zorg.

1.6 Organisatie

- a. Weet een goede samenwerkingsrelatie op te bouwen met het management van de eigen zorgorganisatie ten behoeve van ontwikkelen van het werken in de 1e lijn en weet de activiteiten in de eerste lijn te borgen.
- b. Heeft kennis van en kan een bijdrage leveren aan het organiseren van zorg, zowel voor een patiënt in de thuissituatie als in de wijk of regionaal/landelijk.
- c. Heeft kennis van organisatiestructuren en mogelijkheden.
- d. Is in staat projectmatig te werken.
- e. Heeft kennis van de financieringsmogelijkheden specifiek voor het werken in de eerste lijn.
- f. Heeft kennis van de mogelijkheden en beperkingen van extramurale praktijkvoering.
- g. Kan onderhandelen met organisaties over inzet, werkwijze en financiering in het kader van nieuwe of bestaande projecten.

1.7 Professionaliteit

- a. Heeft een open en flexibele houding naar andere disciplines en (mede)hulpverleners.
- b. Is in staat te reflecteren op het eigen handelen en kan op adequate en systematische wijze de eigen competenties continu verder ontwikkelen.
- c. Is in staat en bereid tot het participeren in netwerken/ overlegstructuren, gericht op het ontwikkelen van kennis en/of beleid op het gebied van het werken in de eerste lijn als specialist ouderengeneeskunde.
- d. Is in staat grenzen te herkennen en respecteren aan de eigen belastbaarheid én de voorwaarden te realiseren binnen haar werkomgeving om optimaal te functioneren en zich duurzaam te kunnen ontwikkelen.
- e. Vertoont adequaat persoonlijk en interpersoonlijk professioneel gedrag.



Bijlage 2: Individueel opleidingsplan

FORMAT VOOR EEN INDIVIDUEEL OPLEIDINGSPLAN (IOP)

2.1 Inleiding

Een individueel opleidingsplan wordt door elke deelnemer aan het begin van de opleiding gemaakt. Bronnen daarvoor zijn o.a. het self assessment, de leerstijltest en het competentieprofiel.

Het assessment brengt in kaart waar mogelijke leerpunten zijn en de leerstijltest kan gebruikt worden om te bepalen op welke manier de geformuleerde doelen het beste bereikt kunnen worden: voor een doener kunnen andere leeracties gewenst zijn dan voor een denker.

Ook is de leerstijltest bruikbaar om na te gaan welke onderdelen van het programma mogelijk moeilijk zullen zijn voor jezelf als deelnemer.

In de loop van de opleiding veranderen de leervragen en leerdoelen. Het IOP moet dan ook gedurende de opleiding telkens geëvalueerd en aangepast worden.

2.2 Opbouw IOP

Het IOP wordt gemaakt volgens de 4 geformuleerde aandachtsgebieden. In elk geval is het van belang dat deze 4 aandachtsgebieden herkenbaar zijn in het IOP. Per aandachtsgebied wordt verwacht dat je minimaal 1 leerdoel formuleert, in de meeste gevallen zullen er meerdere leerdoelen per aandachtsgebied zijn.

Aan te raden is daarbij gebruik te maken van het competentieprofiel (bijlage 1) en de in hoofdstuk 3 van de studiehandleiding beschreven onderwerpen.

Persoonlijke ontwikkeling	
Competentie:	
Deelcompetenties:	
Leerdoel	
Leeractiviteiten	
Tijdsplan	
Toetsen	

Wetenschappelijke vorming en kennisontwikkeling

Competentie:
Deelcompetenties:

Leerdoel

Leeractiviteiten

Tijdsplan

Toetsen

Communicatie

Competentie:
Deelcompetenties:

Leerdoel

Leeractiviteiten

Tijdsplan

Toetsen

Organiseren van zorg

Competentie:
Deelcompetenties:

Leerdoel

Leeractiviteiten

Tijdsplan

Toetsen

Bijlage 3: Zorgbehandelplan

Het zorgbehandelplan (ZBP) is een hulpmiddel om:

1. Overzicht te krijgen en te houden over problemen en acties;
2. Functionele doelstellingen te formuleren, vanuit de patiënt;
3. Afstemming tussen hulpverleners onderling en tussen hulpverleners en patiënt te bevorderen.

Het zorgbehandelplan is geen doel op zich. Toch vragen we van deelnemers om een aantal zorgbehandelplannen volgens de regels der kunst op te stellen, zodat ze het in de vingers krijgen en kunnen toepassen waar nodig. We gebruiken hiervoor de “Laego-kaart” (zie tabel 1), een format met ruimte voor probleeminventarisatie en het eigenlijke zorgbehandelplan.

Deelnemers vullen minimaal 2 zorgbehandelplannen in die bestaande patiënten betreffen (geanonimiseerd). Deze worden door de groepsbegeleider beoordeeld en van feedback voorzien. De groepsbegeleider doet dit aan de hand van een rubric, zie tabel 2. Als blijkt dat de deelnemer na 2 zorgbehandelplannen voldoende scoort, is het niet nodig nog meer zorgplannen in te leveren.

De werkwijze voor het opstellen van een zorgbehandelplan is als volgt:


1. Kies een patiënt met complexe problematiek.
2. Voer een probleeminventarisatie uit, of laat deze uitvoeren en benoem de gevonden problemen op alle domeinen, volgens het SFMPC-model (somaatich, functioneel, maatschappelijk, psychisch en communicatief). De kunst is om hierbij vanuit de patiënt te denken. Dus geen diagnoses in de probleemlijst, maar klachten.
3. Prioriteer deze problemen, in overleg met de patiënt.
4. Zet de belangrijkste problemen in het zorgbehandelplan.
5. Bedenk samen met de patiënt concrete, haalbare en zo mogelijk meetbare doelen bij elk probleem (laat je inspireren door de ‘doelenbank’ op HAweb).
6. Bedenk welke actie hiervoor nodig is en wie dat het beste kan doen. Denk ook aan de inzet van het sociaal domein, de patiënt zelf en diens naasten.
7. Bedenk wanneer je hierover geïnformeerd wilt worden en vul dit in bij evaluatie.
8. Bespreek het ingevulde zorgbehandelplan met alle betrokkenen en zorg dat zij deze ook (geactualiseerd) in hun bezit hebben.
9. Bekijk en bespreek periodiek het zorgbehandelplan en pas het waar nodig aan.

De huisarts of specialist ouderengeneeskunde werkt bij het opstellen en bespreken van het zorgbehandelplan nauw samen met een wijkverpleegkundige of praktijkondersteuner.

Het ZPB dient ook als basis voor een multidisciplinair overleg.

Tabel 1. De Laego kaart

HUISARTSENZORG VOOR OUDEREN MET COMPLEXE PROBLEMATIEK



n h g
nederlands huisartsen
genootschap

HUISARTSENZORG VOOR OUDEREN MET COMPLEXE PROBLEMATIEK

Ouderen met complexe problematiek vragen van u als huisarts en van de praktijkondersteuner een bijzondere, pro-actieve benadering (zie het NHG-Standpunt Huisartsgeneeskunde voor ouderen¹). Bij multimorbiditeit schiet een ziektegerichte benadering tekort. Het is zinvoller om de patiënt centraal te stellen, met aandacht voor behoud of herstel van functioneren, zelfredzaamheid en ervaren kwaliteit van leven. Pro-actieve zorg is het inschatten van de risico's op verslechtering in functioneren en het bieden van interventies die deze risico's verkleinen. Kernwoorden in dit proces zijn: *anticipeer, deleger, evalueer*.

Deze kaart bevat hulpmiddelen om de zorg voor ouderen met complexe problematiek vorm te geven.²

PROBLEEMINVENTARISATIE

(SFMPC-model: Somatisch, Functioneel, Maatschappelijk, Psychisch en Communicatief)


Als eerste stap maakt u een overzicht van beperkingen en problemen op verschillende levensgebieden. Geef hierbij een prioritering aan; welke problemen zijn het meest urgent voor de oudere zelf en voor de hulpverlening?

Probleeminventarisatie van de heer/ mevrouw

AANDACHTSGEBIEDEN	PROBLEEM	URGENTIE
SOMATISCH		
SOMATISCH		
FUNCTIONEEL		
FUNCTIONEEL		
MAATSCHAPPELIJK		
MAATSCHAPPELIJK		
PSYCHISCH		
PSYCHISCH		
COMMUNICATIEF		
COMMUNICATIEF		


¹ Dit is te vinden op www.nhg.org; Kenniscentrum / Informatie / NHG-Standpunten Toekomstrijke. Zie daar ook het artikel 'Een Praktijkplan Ouderen'.

² De achternaam is afkomstig uit de NHG-PraktijkWijzer Ouderszorg; zie www.nhg.org; WikiWiki / Informatie.



Laego
Landelijke Afdeling voor KennisOntwikkelende voor Ouderen

HUISARTSENZORG VOOR OUDEREN MET COMPLEXE PROBLEMATIEK



n h g
nederlands huisartsen
genootschap

HUISARTSENZORG VOOR OUDEREN MET COMPLEXE PROBLEMATIEK

ZORGBEHANDELPLAN

Het zorgbehandelplan brengt samenhang in de zorg en is een middel voor regievoering. U of uw praktijkondersteuner stelt het op in overleg met de oudere patiënt en diens familie, in samenwerking met verzorging/verpleging en betrokken paramedici. U formuleert eerst een hoofddoel: gaat het om herstel of behoud van functioneren of is achteruitgang onvermijdelijk (symptoombehandeling)? De problemen zet u op volgorde van urgentie en u formuleert per probleem een haalbaar doel, de gewenste interventie en evaluatiedatum. Genoteerd wordt ook wie wat doet en wie de zorgcoördinator is.

Zorgbehandelplan van de heer/ mevrouw

Hoofddoel:

Casemanagers: Zorgcoördinator:

PROBLEEM	DOEL	ACTIE HUISARTSENZORG (WAT, WIE)	ACTIE KETENPARTNERS (WAT, WIE)	EVALUATIEDATUM

FRADIE

Als acroniem bij de te nemen stappen voor pro-actieve zorg bij ouderen met complexe problematiek kunt u FRADIE hanteren: **F**unctioneren Inventariseren (SFMPC), **R**isico's inschatten, **A**fstemmen met de patiënt, **D**oelen formuleren (algemeen en specifiek), **I**nterventies plannen en uitvoeren en **E**valueren.

Tabel 2. Rubric voor het beoordelen van een zorgbehandelplan

Criteria	Onvoldoende (1 pt)	Voldoende (2 ptn)	Uitstekend (3 ptn)
1. Algemeen doel geformuleerd waar individuele problemen en doelen op aansluiten	Niet geformuleerd óf de meerderheid van de geformuleerde doelen en acties sluiten <i>niet</i> aan bij algemeen doel	Wel geformuleerd én de meerderheid van de geformuleerde doelen en acties zijn in lijn met het algemene doel	Wel geformuleerd én alle geformuleerde doelen en acties zijn in lijn met het algemene doel
2. Problemen • Alle domeinen: SFMPC • Functioneel • Prioritering	Niet alle domeinen zijn benoemd en/of de meerderheid is <i>niet</i> functioneel beschreven en/of er is <i>geen</i> prioritering	Alle domeinen zijn benoemd én de meerderheid is functioneel beschreven én er is een prioritering aangegeven	Alle domeinen zijn benoemd én alle problemen zijn functioneel beschreven én er is een prioritering aangegeven
4. SMT doel per probleem (specifiek, meetbaar, tijdgebonden)*	De meerderheid van de problemen voldoet <i>niet</i> aan ten minste twee items	De meerderheid van de problemen voldoet aan ten minste twee items	De meerderheid van de problemen voldoet aan alle drie de items
4. Acties (wie doet wat wanneer)	Bij de meerderheid van de acties staat <i>geen of maar één</i> van de items "wie, wat, wanneer" benoemd	Bij de meerderheid van de acties staan twee van de drie items "wie, wat, wanneer" benoemd	Bij de meerderheid van de acties staan de drie items "wie, wat, wanneer" benoemd
5. Kloppende taakverdeling (patiënt/familie, huisarts/POH, ketenpartners, patiënt / mantelzorger)	Bij de meerderheid van problemen is <i>geen</i> juiste taakverdeling gemaakt	Bij de meerderheid van problemen is een juiste taakverdeling gemaakt	Bij de meerderheid van problemen is een juiste taakverdeling gemaakt én worden de patiënt en mantelzorger genoemd
6. Probleem, doel, actie en evaluatie sluiten op elkaar aan	Bij de meerderheid van de problemen sluiten doel, actie en evaluatie <i>niet</i> op elkaar aan	Bij de meerderheid van de problemen sluiten doel, actie en evaluatie op elkaar aan	Bij alle problemen sluiten doel, actie en evaluatie op elkaar aan
7. Belasting voor de patiënt (indien te beoordelen) en medische inhoud acties	Belasting voor de patiënt is te groot én/of de acties zijn medisch inhoudelijk onjuist	Belasting van de patiënt lijkt haalbaar én de acties zijn medisch inhoudelijk verdedigbaar	Belasting voor de patiënt is adequaat én de acties zijn medisch inhoudelijk correct
Overall beoordeling	Drie of meer van de 7 items onvoldoende	Maximaal 2 van de 7 items onvoldoende	Alle items voldoende en minstens 4 van de 7 goed



Bijlage 4: Critically Appraisal of a Topic (CAT)

Het PICO-proces begint met een praktijksituatie van waaruit een vraag opgesteld wordt die relevant is voor de casus en die op een manier verwoord is die het vinden van een antwoord faciliteert.

Een gestructureerde onderzoeksvraag brengt je in een betere positie om de literatuur na te slaan op evidence die helpt bij het beantwoorden van de oorspronkelijke PICO-vraag.

De vraag moet de volgende elementen identificeren: het kernprobleem van de patiënt (P), de behandeling of interventie die je in gedachten hebt (I), eventuele alternatieve behandeling of interventie (C) en de gewenste uitkomst (O).

Deze elementen vormen de vier onderdelen van het PICO-model:

Patient/Problem, Intervention, Comparison en Outcome.

De CAT is een beknopt verslag van een klinische vraag die wordt beantwoord aan de hand van een kritische beoordeling van wetenschappelijke literatuur. De CAT kan gebruikt worden voor nascholing, intercollegiale toetsing of publicatie. Het schrijven en publiceren van een CAT is een goede vorm om jezelf en anderen kennis te laten nemen van de wetenschappelijke stand van zaken rond een specifiek, vaak medisch inhoudelijk probleem.

4.1 Doel

Het onderbouwen van de zorg op wetenschappelijk verantwoorde wijze:

1. Vertalen van klinische problemen in een onderzoekbare vraag;
2. Selecteren van beschikbaar wetenschappelijk onderzoek naar relevantie;
3. Een kritische beoordeling van één of enkele wetenschappelijke artikelen die de klinische vraag kunnen beantwoorden.

4.2 Werkwijze

1. De kaderarts i.o. formuleert een klinische vraag naar aanleiding van een casus of praktijksituatie. De vraagstelling is onderzoekbaar en relevant voor een literatuurstudie.
2. De klinische vraag wordt vertaald in een reproduceerbare zoekopdracht (volgens het PICO-systeem), zodanig dat deze kan worden beantwoord aan de hand van wetenschappelijke literatuur. De PICO wordt voorgelegd aan de toegewezen begeleider.
3. De literatuur wordt kritisch gelezen en systematisch geëvalueerd op relevante items. Sterke en zwakke punten in een wetenschappelijke publicatie worden hierdoor herkend.
4. Eén à twee artikelen worden door de kaderarts i.o. kritisch beoordeeld op relevantie, validiteit en toepasbaarheid voor de praktijk.
5. Hierbij wordt onderscheid gemaakt tussen soorten publicaties (oorspronkelijk onderzoek, review, meta-analyse en op nascholing gerichte beschouwingen).
6. De bevindingen van de wetenschappelijke zoektocht worden weergegeven in een verslag van maximaal 750 woorden, inclusief referenties.
7. De beoordelaar toetst de CAT met behulp van het beoordelingsformulier en geeft indien nodig daarnaast mondelinge feedback. Indien nodig dient de CAT opnieuw uitgevoerd te worden.

8. De CAT en het beoordelingsformulier worden bewaard in het portfolio van de kaderarts in opleiding.
9. De kaderarts i.o. presenteert zijn/haar bevindingen aan de hand van een korte mondelinge presentatie.
10. We hopen dat de gemaakte CAT's geschikt zijn voor publicatie!

4.3 Verslag

De CAT bestaat uit de volgende onderdelen:

1. Titel; kort en passend.
2. Klinische situatie: korte beschrijving van een casus of klinische situatie die aanleiding gaf tot het uitwerken van de CAT.
3. Vraagstelling: klinische vraag wordt vertaald in zoekopdracht (volgens het PICO-systeem).
4. Zoekstrategie: korte beschrijving van de manier waarop gezocht is. Welke databases zijn geraadpleegd, welke zoektermen zijn gehanteerd, in welke periode en naar wat voor soort onderzoek is gezocht, in-/exclusiecriteria.
5. Evidence: beschrijving van het aantal artikelen dat gevonden is en hoeveel geïncludeerd worden in de CAT op basis van kwaliteit.
6. Overzicht uitkomsten relevante artikel(en). Zo mogelijk worden de uitkomsten in een tabel weergegeven.
7. Bespreking: korte toelichting op de gevonden resultaten die relevant zijn voor de beantwoording van de vraag, bewijskracht en methodologische sterke en zwakke punten.
8. Conclusie: korte samenvatting van de bevindingen uit artikel(en) en daarmee de beantwoording van de vraagstelling.
9. Vertaling naar de praktijk: wat betekenen de uitkomsten van besproken artikel(en) voor de klinische praktijk?
10. Literatuur

Zie ook de richtlijnen die tijdschriften hanteren voor auteurs. Bijvoorbeeld 'Huisarts & Wetenschap' <https://www.henw.org/voorauteurs#cats>.

Voorbeelden van CAT's zijn te vinden in:

- Huisarts en Wetenschap (H&W);
- Offringa M, Assendelft WJJ, Scholten RJPM. Inleiding in evidence-based medicine. Blz. 231 uit hoofdstuk 8. Bohn Stafleu Van Loghum b.v. ISBN 9789031353200
- Zie ook: 'CATmaker' van het Centre for Evidence-based Medicine, Oxford UK

4.4 Begeleiding en beoordelaar

Het onderwijs wordt verzorgd door prof. Dr. Jacobijn Gussekloo. Postdocs van de afdeling Public Health en eerstelijns geneeskunde van het LUMC kunnen de individuele begeleiding van de PICO en het schrijven van de CAT op zich nemen. Gedurende het studiejaar heeft de deelnemer regelmatig contact met de begeleider.

De CAT wordt beoordeeld door de postdoc begeleider prof. dr. Jacobijn Gussekloo, prof. dr. Wilco Achterberg, dr. Jeanet Blom en/of de postdoc begeleider. Hiervoor wordt gebruik gemaakt van het CAT beoordelingsformulier.

Bijlage 5: Onderwijspresentatie en Dagdeel eigen onderwijs

Kaderartsen ouderengeneeskunde verzorgen veel onderwijs. Voor kaderartsen ouderengeneeskunde is het maken en geven van onderwijs zelfs een van de competenties. Je leert het door het te doen! Daarom ga je hier zelf mee aan de slag in de kaderopleiding.

Deelnemers met nog weinig ervaring zullen de eerste stappen zetten door het geven van een aantrekkelijke presentatie over een 'kleiner' onderwerp in de ouderengeneeskunde (par. 5.1). Hiervoor is didactische kennis nodig en vaardigheden in het vinden van onderbouwing.

Deelnemers die al meer ervaring hebben in het maken en geven van onderwijs, zullen in groepsverband een eigen dagdeel onderwijs verzorgen (par. 5.4).

5.1 Onderwijspresentaties

Gedurende het eerste jaar van de kaderopleiding zijn er op de onderwijsdagen 10-minuten presentaties van deelnemers. Mogelijke thema's voor de presentaties zijn hieronder weergegeven. Deze onderwerpen en de data van presenteren worden op de eerste tweedaagse verdeeld. Kies bij al deze onderwerpen een geriatrische invalshoek voor de eerste lijn.

- Nierinsufficiëntie
- Ouderenmishandeling
- Gehoor
- Visus
- Alcoholmisbruik
- DM
- Incontinentie
- Huid
- Schildklierstoornissen
- CVA
- CVRM
- Keuze onderwerp

Nadat de thema's zijn verdeeld, ga je zelf aan de slag met het maken van je presentatie. Denk daarbij aan de volgende stappen:

Vorbereiding

- Verdiep je in het onderwerp. Wat is er al bekend?
 - Inventariseer de leerwensen uit de groep. Benut hier eventueel HAweb voor.
 - Formuleer je kernvraag en hoofdboodschap.
 - Welke werkvorm ga je gebruiken?
 - Maak gebruik van het bouwplan (zie HAweb onder formats)
 - Waar wil je feedback op? Bespreek dat voorafgaand aan je presentatie.
 - Maak een huiswerkopdracht voor je groepsgenoten. Benut hier HAweb voor.
- Aandachtspunten bij het formuleren van een huiswerkopdracht:
- Kan voorbereidende literatuur de inhoud van de presentatie versterken?
 - Hoe kun je gebruik maken van in de groep aanwezige kennis?
 - Hoe kan de koppeling gemaakt worden naar de eigen praktijk?
 - Hoe kan het geleerde in de praktijk worden toegepast en van belang zijn in de samenwerking tussen huisarts en SO?
 - Zorg dat de opdracht tijdig wordt doorgegeven.

5.2 Presentatie

Voor elke presentatie zijn in totaal 30 minuten beschikbaar, waarvan 10 minuten voor de voordracht, 10 minuten voor het beantwoorden van vragen en voor discussie met andere deelnemers en 10 minuten voor feedback op de onderwijskundige aspecten.

5.3 Feedback

Na afloop van de presentatie krijg je feedback van de groep op de inhoud van je presentatie, maar vooral ook op je manier van presenteren. Hoe kom je over, kun je overtuigen? Waarom wel, waarom niet? Was je verstaanbaar? Kortom, een ideale manier om te oefenen, te leren en zelfvertrouwen te krijgen in het geven van onderwijs.

5.4 Dagdeel Eigen onderwijs

Vanaf de tweede helft van het eerste jaar van de opleiding gaan enkele deelnemers zelf onderwijs verzorgen in de groep. De thema's hiervoor zijn:

- Ouderenspsychiatrie
- M. Parkinson
- Dyspnoe (COPD/hartfalen)
- Urogenitaal mannen en vrouwen

In de maanden ervoor worden subgroepen ingedeeld (circa 3-4 personen per groep; er heeft zowel een huisarts als een SO zitting in de voorbereidingsgroep). Ieder groepje is verantwoordelijk voor de invulling en organisatie van het betreffende programma. Binnen de groepen is ruimte voor eigen invulling en accenten. Bijvoorbeeld co-morbiditeit bij COPD, preventie van draaideuropnames, behoud van functioneren, etc. Tevens wordt in ieder programma aandacht besteed aan: samenwerking, regiefunctie huisarts, communicatie en de rol van de kaderarts eerstelijns ouderengeneeskunde.

5.5 Doelen

- Er is ruimte voor subspecialisaties en verdieping op persoonlijke interessegebieden. Of kies je voor een onderdeel waar je nog niet goed in bent, maar in wil leren?
- EBM, zoeken op Pubmed en kritisch lezen. Wat is de wetenschappelijke stand van zaken?
- Hoe stel je een onderwijsprogramma op, hoe voer je het uit? Welke werkvormen kies je?
- Hoe maak je een taakverdeling en planning? Hoe werk je samen? Hoe communiceer je?
- Hoe geef en ontvang je feedback?

5.6 Vorm

- Betrek je Individueel Opleidings Plan (IOP) bij het maken van het onderwijs.
- Zorg voor een doelgericht en afwisselend programma, en een diversiteit aan werkvormen.
- Bespreek je programma met de groepsbegeleider en onderwijskundige Paula Broersen.
- Beoordeling door groepsbegeleiding a.d.h.v. afstemming: de aansluiting op het onderwijs, de rol als kaderarts ouderengeneeskunde en een eigen actieve rol in het programma.

Extra onderwijsruimten, kopietjes en/of printjes nodig voor de onderwijsdag? Neem tijdig contact op met Martine de Niet (M.de_Niet-Robbers@lumc.nl).

Externe docenten kunnen worden ingehuurd, mits afgestemd met groepsbegeleiding en Paula Broersen. Vergoeding is in overleg mogelijk, en dient tijdig aangevraagd te zijn.

5.7 Voorbereiding

- Ondersteunend materiaal voor de voorbereiding vind je op HAweb (zoals stappenplan, bouwplan);
- Vanuit de opleiding wordt voor diverse thema's basisliteratuur verstrekt (zie HAweb/Docs/Onderwijs). Alle deelnemers bereiden dit voor. De onderwijsgevers komen hier niet op terug tijdens de onderwijsdag, maar zoeken juist de verdieping;
- Extra literatuur en/of opdrachten worden door de voorbereiders tijdig via HAweb verspreid.

5.8 Beoordeling

Het is niet de bedoeling dat je een standaard samenvat in je presentatie / onderwijs. Je focust je op een relevante kernboodschap, vanuit de literatuur met een duidelijke link naar de toepassing in de praktijk.

Eisen die aan de presentatie worden gesteld:

- Het geven van een goede voorbereidingsopdracht aan de medecursisten.
- Het kiezen van een passende onderwijsvorm (bij de doelgroep en het onderwerp)
- Het kiezen van een relevant onderwerp voor het (samen)werken met SO in de 1e lijn
- Wetenschappelijke onderbouwing blijkend uit een passende literatuurlijst.

Feedback geven en ontvangen is een belangrijk onderdeel van zowel de onderwijspresentatie als het dagdeel eigen onderwijs. Gedurende de onderwijsdagen zal hiervoor gebruik worden gemaakt van feedbackformulieren. Deze formulieren dien je te uploaden in je portfolio na afloop.

De onderwijsbijdragen moeten door de groepsbegeleiding met een voldoende worden beoordeeld. Na afloop van de presentatie / eigen onderwijsdag schrijft de deelnemer een reflectieverslag en plaatst dit vóór de volgende onderwijsdag in het portfolio op HAweb.

5.9 Vragen

Voor onderwijskundige vragen kunnen de deelnemers een beroep doen op Paula Broersen, onderwijskundige bij het LUMC, e-mail P.J.A.Broersen@lumc.nl



Bijlage 6: Consultatie

6.1 Onderlinge consultatie

Wanneer een collega om hulp vraagt over een patiënt kan het zijn dat men al snel met goedbedoelde adviezen en oplossingen komt, zonder dat eerst de vraag en het probleem van de collega voldoende zijn verhelderd. Nogal eens komen deze adviezen voort uit ervaringen die men zelf heeft met patiënten (het eigen referentiekader). De valkuil hierbij is dat de adviesvrager misschien met een heel andere vraag zit dan oorspronkelijk leek; de vraag achter de vraag. Hij zal dan weinig hebben aan de suggesties die gegeven zijn.

Onderlinge consultatie is een methode die gebruikt kan worden om een vraag en/of een probleem van een ander ten aanzien van de zorg voor een patiënt te verhelderen alvorens gekeken wordt naar oplossingen. De belangrijkste gesprekstechniek hierbij is het exploreren. In grote lijnen is de systematiek in deze methode vergelijkbaar met die van het huisartsgeneeskundig consult (zie de fasering).

De onderlinge consultatie wordt geoefend tijdens het reguliere onderwijs. Het is belangrijk dat de consultatievrager (de arts die de vraag inbrengt), de consultatie zodanig voorbereidt dat hij heeft nagedacht over zijn vraag, zijn probleem en over welke informatie belangrijk is voor de consultatiegever (de arts die de ander helpt vraag en probleem te verhelderen).

Speciale aandachtspunten bij de onderlinge consultatie zijn:

- Het uit elkaar houden van de vraag van de patiënt en de vraag van de consultatievrager (inbrenger);
- Het uit elkaar houden van het probleem van de patiënt en het probleem van de inbrenger.

Er worden vier fasen onderscheiden in het gesprek. Deze fasen zijn hieronder beschreven.

6.2 De intake-fase

De consultatiegever heeft de zorg voor de systematiek in het gesprek. Begonnen wordt met een globale oriëntatie op het onderwerp c.q. probleem. De inbrenger kan beginnen met het geven van informatie over de patiënt, ofwel te vertellen over zijn probleem in deze. De consultatiegever verzamelt informatie over:

- het probleem van de consultatievrager;
- het probleem van de patiënt, zodanig dat hij een globaal beeld heeft van waar het om gaat.

Vervolgens komt de vraagverheldering aan bod. Het is belangrijk om de vraag van de patiënt of van de familie te onderscheiden van de vraag van de consultatievrager aan jou.

Soms is het nodig om de vraag nader te concretiseren, bijvoorbeeld als de consultatievrager op de vraag: "Wat is je vraag aan mij?" antwoordt: "Ik wil meer zicht krijgen op de patiënt". Vervolg vragen kunnen dan zijn "Hoe denk je dat te bereiken?" ofwel "Waarover precies?".

Deze fase wordt afgesloten met een korte samenvatting van het probleem en van de vraag. Als de consultatievrager zich kan vinden in deze samenvatting dan gaat de consultatie verder met de probleemverheldering.

Het is belangrijk dat de consultatievrager het probleem kort schetst. Het gaat er niet om heel uitgebreid te weten wat er op elk moment in het ziekteproces gebeurd is, maar veel

meer om de grote lijn, naast enkele details die van belang zijn om het probleem helder te krijgen. Wanneer een inbrenger erg uitweidt, kan de consultatiegever “inbreken” in het gesprek en proberen op dat moment al een korte samenvatting te geven.

6.3 De probleemverheldering

De richting van deze verheldering wordt bepaald door de vraag van de consultatievrager.

Gaat het om de vraag: "Heb ik de juiste diagnose gesteld?", dan wordt de totstandkoming van de diagnose bekeken. Gaat het erom dat de consultatievrager zich klem voelt zitten en wil weten hoe dit komt en/of hoe er mee om te gaan, dan is het zich klem voelen het onderwerp.

De vraag wat de consultatievrager zelf al bedacht heeft of gedaan heeft en de resultaten daarvan, geven vaak veel informatie over het probleem.

Het is in deze fase belangrijk om het probleem van de anderen en het probleem van de consultatievrager uit elkaar te houden. De verleiding is soms groot om het verder te hebben over de patiënt en wat er allemaal aan de hand is. Valkuil is dan dat er anamnesevragen worden gesteld om dit verder duidelijk te krijgen.

Als consultatiegever structureer je gericht de probleemverheldering. Je geeft zo nodig een samenvatting om de draad vast te houden. Als je er niet zeker van bent of je nog bezig bent met de vraag van de consultatievrager, dan check je dat.

Deze fase wordt afgesloten met een definiëring van het probleem: de probleemdefinitie.

Indien de consultatievrager instemt met deze definitie dan kan gekeken worden naar de volgende fase.

6.4 Het plan

Vaak kan de consultatievrager na deze probleemdefinitie zichzelf een antwoord geven over hoe hij nu verder wil gaan; “het kwartje valt”.

Indien dat niet het geval is, heeft de consultatiegever of één van de anderen mogelijk een suggestie. Het is niet de bedoeling om hierover te gaan discussiëren. Als de consultatievrager dit geen goede suggestie vindt dan houdt het op; discussie hierover levert niets op. De verantwoordelijkheid voor de keuze van de oplossing blijft bij de consultatievrager.

6.5 Evaluatie

Ter afsluiting vraagt de consultatiegever hoe de consultatievrager het gesprek ervaren heeft. Is de vraag voldoende beantwoord?

6.6 Proces tijdens onderwijs

De onderlinge consultatie is in de beginfase in principe een gesprek tussen twee mensen. Het is belangrijk dat er tijdens de consultatie iemand is die verantwoordelijk is voor de lijn in het gesprek. Voor de consultatievrager is het verwarrend om van links en rechts vragen vanuit een verschillend denkspoor of referentiekader op zich afgevuurd te krijgen.

Een van de groepsleden is voorzitter. Deze bewaakt de tijd en waakt ervoor dat anderen zich in de beginfase in het gesprek mengen. De andere groepsleden observeren. Later in het gesprek kunnen zij eventueel ook vragen stellen.

Schema 1

Consultatiegever	Consultatievrager
Vraagverheldering	
<ul style="list-style-type: none"> - Goed luisteren, meevoelen, ordenen en verduidelijken. - Duidelijkheid zien te verkrijgen over wat de ander van mij wil. 	<ul style="list-style-type: none"> - Duidelijk maken met welk doel om consultatie gevraagd wordt en wat er verwacht wordt van de consultatiegever.
Probleem verheldering	
<ul style="list-style-type: none"> - De doelstelling van de consultatie in de gaten houden, zo nodig bijstellen. - Vragen naar de eigen oplossing die de consultatievrager al bedacht heeft of mogelijkheden die hij heeft overwogen. - Deze oplossing/mogelijkheden bespreken. - Doorvragen om de zaak duidelijk te krijgen. 	<ul style="list-style-type: none"> - Informatie geven die nodig is voor de ander wat betreft de patiënt en je eigen handelen, visie en beleving. - Luisteren naar de inbreng van de consultatiegever.
Plan	
<ul style="list-style-type: none"> - Plan opstellen in gezamenlijk overleg. - Zo nodig suggesties geven - Discussie vermijden 	<ul style="list-style-type: none"> - Plan opstellen in gezamenlijk overleg; nagaan of het plan voor jou uitvoerbaar is. - Luisteren naar de inbreng van de consultatiegever - Zo nodig doorvragen
Evaluatie	
<ul style="list-style-type: none"> - Nagaan of aan verwachtingen is voldaan 	<ul style="list-style-type: none"> - Is aan de verwachtingen voldaan?

6.7 Valkuilen

De belangrijkste valkuilen in de collegiale consultatie zijn voor de consultatiegever:

- overnemen van het probleem;
- soortgelijke problemen gaan vertellen;
- te snel oplossingen en adviezen geven;
- blijven hangen op een punt dat voor de ander niet relevant is.

Voor de consultatievrager zijn de valkuilen:

- te snel genoeg nemen met adviezen waar hij niets mee kan;
- één richting volgen waar hij niet heen wil;
- een oplossing in het hoofd hebben en kijken of de consultatiegever die kan raden.

6.8 Evaluatieverslag

Na afloop van de consultatie tijdens het onderwijs schrijven consultatievrager en consultatiegever een evaluatieverslag en plaatsen dit in het portfolio ter beoordeling aan de groepsbegeleider (uiterlijk een week na de consultatie).



Bijlage 7: Stages

In de opleiding worden stages doorlopen in de eigen regio, waardoor je als deelnemer:

- De eerstelijns ouderenzorg in de eigen regio meer in beeld krijgt, en waar mogelijk aanvult;
- Kennis neemt van de werkwijze en deskundigheid van de betreffende instantie en medewerkers;
- Je eigen zichtbaarheid vergroot, door de getoonde belangstelling en informatie uitwisseling.

7.1 Locatie

Je bepaalt zelf waar je stage gaat lopen. Te denken valt aan de afdeling ouderen van een regionale GGZ instelling, aan afdelingen in een verpleeghuis, dagbehandeling geriatrie, geriatrisch fysiotherapeut, ergotherapeut, diëtiste, etc. Betrek ook organisaties gericht op welzijn en wonen, en de gemeente, wethouder of WMO-verantwoordelijke. We verwachten dat een specialist ouderengeneeskunde een dag bij een huisarts meekijkt naar de praktijkvoering en omgekeerd een huisarts een dag meedraait met een specialist ouderengeneeskunde werkzaam in de eerstelijns.

7.2 Werkwijze

- Voor het doorlopen van de stages wordt 32 uur gerekend, naar keuze in te vullen in het eerste jaar van de opleiding. De benodigde tijd voor voorbereiding en het maken van de verslagen valt hierbuiten.
- De deelnemers geven zelf aan welke stageplekken hen aanspreken en gaan zelf op zoek naar een geschikte plek in de eigen regio. De stagedagen vinden in overleg tussen de deelnemer en de instellingen / stageverleners plaats.
- Gezien de korte duur van de stages is het zaak om gericht kennis te nemen van hetgeen te leren valt. De deelnemer maakt aan het begin van de opleiding een stageplan.
- De stages moeten door de deelnemer goed worden voorbereid, waarbij per stage op een A4 aangegeven wordt welke leerdoelen men heeft, welke informatie moet worden verkregen en wat de reden is om juist die informatie te verwerven. De deelnemer geeft aan op welke manier hij/zij dit denkt te doen. Via HAweb neemt de groepsbegeleider kennis van de geplande stages.
- Na afloop van elke stage maakt de cursist een verslag waarin de reden voor de keuze van juist deze stage en de verworven leermomenten beknopt zijn weergegeven.

7.3 Leerdoelen stages

De kaderarts i.o.:

- kan leerdoelen en leerplan formuleren en realiseren in de vorm van een stage;
- kan motiveren hoe dit stagebezoek bijdraagt aan de invulling / aanscherping van de kennis van het werken in de eerste lijn;
- kan motiveren waarom de stage relevant is in het kader van het eigen vernieuwingsproject;
- kan deze motivatie vertalen in concrete vragen;
- kan een constructief kritische samenvatting geven van de bevindingen;
- kan het stagebezoek omzetten in een samenwerkingsrelatie (indien van toepassing).

7.4 Stageplan

In je stageplan komen in ieder geval onderstaande aspecten aan bod:

- Naam deelnemer

- Naam stageplaats
- Geplande dag(en)
- Naam contactpersoon stageplaats
- Telefoonnummer
- E-mail
- Leerdoelen voor deze stageplaats
- Welke specifieke vragen heb je?
- Waarom juist deze vragen?
- Hoe denk je de antwoorden te verkrijgen?

7.5 Stageverslag

- Na afloop van elke stage maakt de deelnemer een verslag waarin de reden voor de keuze van juist deze stage en de verworven leermomenten beknopt zijn weergegeven.
- Beschrijf in het verslag hoe de stage is verlopen, of je antwoorden op je vragen hebt verkregen (of waarom niet) en wat de antwoorden waren. Wat waren andere opvallende leerpunten? Beschrijf wat je uit de stage meeneemt voor je eigen werksituatie en/of het zorgvernieuwingsproject.
- Dit verslag wordt op HAweb geplaatst.

7.6 Beoordeling

Alle documenten worden in het portfolio op HAweb geplaatst.

De stages zijn goed afgesloten wanneer de verslagen zijn goedgekeurd door je groepsbegeleider van de kaderopleiding en het eigen regionale netwerk aantoonbaar is uitgebreid.

Bijlage 8: Kwaliteitsproject



8.1 Het opzetten en uitvoeren van een kwaliteitsproject

8.1.1 Onderwerp

Het kwaliteitsproject heeft betrekking op een onderwerp dat de eigen praktijk en organisatie overstijgt. Bij de keuze van het kwaliteitsproject is een belangrijk criterium dat het gekozen onderwerp bijdraagt aan de realisatie van interprofessioneel samenwerken in de eerste lijn en tussen huisarts en specialist ouderengeneeskunde. Wat is daarvoor nodig in jouw regio? Afspraken m.b.t. zorg in woonzorgcentra, samenwerkingsafspraken binnen de eerste lijn voor de hele zorggroep en betrokken organisaties, samenwerkingsafspraken tussen huisarts, specialist ouderengeneeskunde/sociaal geriater, klinisch geriater/internist ouderengeneeskunde, welzijnswerk, gemeente, etc. Ook het delegeren van taken en het verzorgen van de benodigde scholing aan verzorgenden en verpleegkundigen kan een onderdeel zijn van het kwaliteitsproject, alsmede het opzetten en organiseren van structurele overlegvormen (MDO's, GPO's en evaluaties van zorgplannen).

8.1.2 Wetenschappelijke onderbouwing

Bij de keuze van de aanpak en het stellen van de beoogde doelen van het project is het van belang dat niet 'opnieuw het wiel uitgevonden wordt' en dat er voortgebouwd wordt op al bestaande kennis en ervaring. Hiertoe moet in de motivatie en beschrijving van het project in het verslag aangegeven worden hoe een verkenning gedaan is van al verrichte vergelijkbare projecten en op welk onderzoek de te verwachten uitkomsten gebaseerd zijn. De vaardigheid om deze verkenning op wetenschappelijk adequate wijze te doen komt aan de orde tijdens de 'Journal Club' en het daarbij behorende onderwijs.

8.1.3 Begeleiding

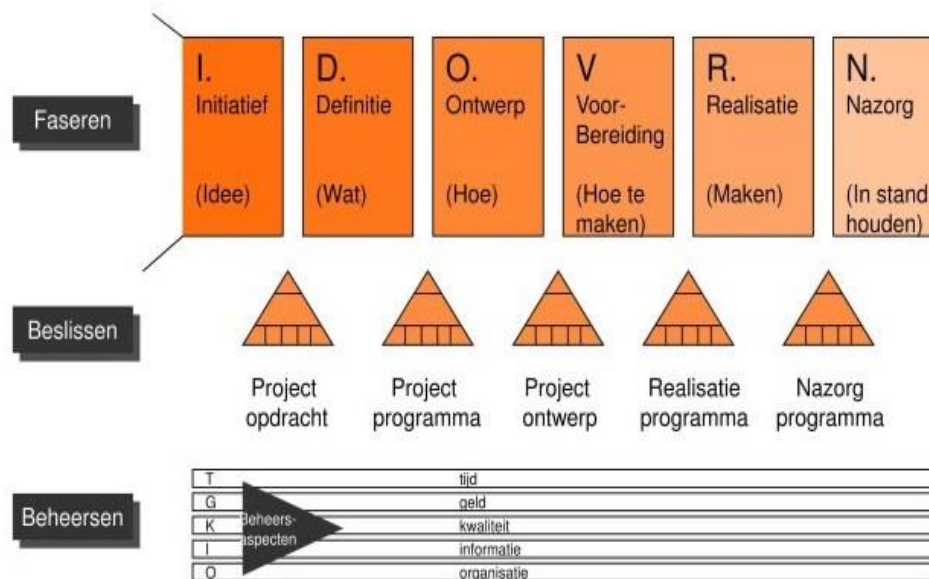
Op verschillende onderwijsdagen is er plenair onderwijs vanuit docenten rond aspecten van Beleid en Beheer. Tevens is er dan tijd om in groepjes en met de docenten in gesprek te gaan over het project. De aandacht gaat hier uit naar opzet, haalbaarheid en voortgang van het project. Ook tussentijds zijn de docenten en de begeleiders beschikbaar voor vragen en ondersteuning. In de mentorgroepen is er ruimte om de persoonlijke ontwikkeling in het kader van het kwaliteitsproject te bespreken.

8.1.4 Beoordeling

In mei/juni (einde onderwijsdagen van het eerste jaar) is er een officiële tussenevaluatie van de projecten en heeft iedere deelnemer een plan van aanpak ingeleverd. Hierbij wordt de voortgang en het inhoudelijk niveau beoordeeld door de docenten van Beleid en Beheer. Na goedkeuring vervolgt de deelnemer zijn/haar kwaliteitsproject. In maart van het tweede jaar (naderend eind van de opleiding) volgt het verslag en de eindbeoordeling. Het project hoeft dan nog niet afgerond te zijn. Voor de afsluiting van de opleiding verwachten wij een helder verslag, waarin de aandachtspunten zoals benoemd in deze toelichting (onder andere de krachtenveldanalyse) systematisch zijn terug te vinden (zie format projectopdracht format projectplan). De docent van Beleid en Beheer keurt het verslag goed. Op de laatste dag van de opleiding presenteer je het project aan de hand van een poster en eventueel een korte PowerPoint.

8.2 Aan de slag

Het onderwijs rondom het kwaliteitsproject volgt de onderstaande (zes) fasen van projectmatig werken. Elke fase komt aan bod en er is verdieping mogelijk op diverse aspecten op basis van de behoefte die er is. Bijvoorbeeld verandermanagement, wat te doen bij weerstand of een specifieke omgevingsanalyse. De toepasbaarheid in de praktijk (realiteit) is leidend voor de mate waarin diverse instrumenten aangereikt worden.



8.2.1 Initiatief [Idee]

Het kwaliteitsproject begint met een door jou ervaren probleem; in dit geval in het kader van de zorg- en/of ondersteuning aan ouderen. De eerste stap is dan ook om dit probleem te benoemen en nauwkeurig te omschrijven. Je krijgt hiervoor een format projectopdracht aangereikt.

- Beschrijf ook voor wie dit een probleem is en waarom (voor jou als huisarts, de patiënt...?). Waarom ben jij degene die dit probleem kan oplossen en wie heb je hiervoor nodig?
- Hoe ziet de huidige en gewenste situatie eruit? Hierbij is het soms nodig de uitgangssituatie nader te kwantificeren door het turven van ongewenste gebeurtenissen of het uitdraaien van cijfers. Ook is het nuttig over een mogelijk probleem te spreken met de collega's in de regio. Eventueel kan begonnen worden met een open inventarisatie van knelpunten, bijvoorbeeld aan de hand van een enquête onder collega's uit de regio. Deze verkennende en analytische stap krijgt vaak onvoldoende aandacht, maar is van cruciaal belang om het plan aan te laten sluiten op de wensen en behoeften. Hoe beter de probleemstelling is omschreven, hoe beter de oplossing!
- Verkenning en wetenschappelijke onderbouwing

Tijdens de eerste tweedaagse in september maken we een start om de eerste ideeën m.b.t. het probleem te bespreken en te concretiseren. Plaats je probleemstelling op HAweb.

In overleg met de begeleider en de docent Beleid en Beheer bespreek je of het signaleerde probleem projectmatig moet en kan worden aangepakt. Pas na deze bespreking kun je verder aan de slag!

8.2.2 Definitie [wat]

Je eerste ideeën kunnen in de daaropvolgende maand rijpen tot een eerste ontwerp, waarin een concreet doel geformuleerd staat. Hoe ziet je gewenste eindsituatie eruit? (Hoe) komt dat wat je gaat doen ook ten goede aan de patiënt?

Beschrijf de doelstelling zo concreet mogelijk. Uiteraard zijn hierbij de SMART-criteria van toepassing: je doel formuleer je specifiek, meetbaar, acceptabel, realistisch en tijdgebonden. Omschrijf de doelstelling als een volledige zin, dus geen uitwerking per letter (S-M-A-R-T).

Deze doelstelling is richtinggevend: het geeft aan wat je wilt bereiken en stuurt het gedrag van jou en andere betrokkenen. Bovendien geeft het aan welke resultaten wanneer moeten worden bereikt. Stel jezelf de vraag: als je dit doel hebt bereikt, is daarmee je probleem opgelost?

De koppeling van je doelstelling aan de probleemstelling kun je eveneens kwijt in het format projectopdracht.

8.2.3 Ontwerp [Hoe]

Met behulp van de gevonden informatie werk je de probleemstelling en doelstelling uit tot een projectplan, zie hiervoor het format.

Vragen die onder andere aan bod komen zijn:

- Welke stappen zijn wanneer nodig om de gewenste eindsituatie te bereiken?
- Met wie wordt er samengewerkt? Wat is er nodig voor een goede samenwerking?
- Welke risico's zijn er te verwachten en welke beheersmaatregelen zijn hiervoor te bedenken?
- Welke kosten brengen de plannen met zich mee? Zo nodig stel je een begroting op.
- Hoe kan het bereiken van het doel worden gemeten? Ofwel: wanneer is het project geslaagd, en hoe meet ik dat? Wat betekent dit voor de patiënt?
- En vergeet vooral ook hier niet: Welke rol speelt de patiënt in mijn plan?

Het plan is niet volledig zonder een tijdspad met mijlpalen of relevante besluitvorming (zogenaamde go/no go momenten). Vermeld hierin ook of er tussentijdse evaluaties moeten plaatsvinden en met wie dan wordt geëvalueerd, en hoe.

Zie de bijlagen op HAweb, waaronder een format voor een format projectopdracht en format projectplan.

Leg je concept-projectplan uiterlijk begin mei van het eerste jaar voor aan de begeleider. Deze zal het plan van feedback voorzien. Er worden aandachtspunten genoemd en suggesties voor verbetering en aanscherping. Verwerk dit commentaar. Pas bij een gegeven akkoord van de begeleider kan de uitvoering van het project beginnen.

8.2.4 Voorbereiding [Hoe te maken]

Welke mogelijkheden zijn er om het beschreven probleem op te lossen en de doelstelling te behalen?

Soms geeft de literatuur suggesties, bijvoorbeeld als er richtlijnen op dit terrein bestaan. Voor zorg in woonzorgcentra geeft bijvoorbeeld de <https://www.lhv.nl/service/leidraad-kleinschalige-woonvormen> waardevolle aanbevelingen en voorbeelden. Ook kan in good practices worden gekeken hoe men daar de zaken heeft geregeld. De stages kunnen ook benut worden ter verdere oriëntatie m.b.t. structurele samenwerking met andere instanties in de eigen regio. In elk geval moet je je oriënteren om een goede keus te kunnen maken met betrekking tot de gewenste eindsituatie.

Neem uiteraard ook een kijkje bij projecten zoals eerder uitgevoerd door kaderartsen eerstelijns ouderengeneeskunde in opleiding (www.laego.nl).

In het onderwijs worden een aantal instrumenten aangereikt voor de voorbereiding zoals een krachtenveld- en SWOT analyse. De krachtenveldanalyse is een hulpmiddel om de omgeving van het door jou geformuleerde probleem in kaart te brengen. Het helpt je om inzicht te krijgen in de verwachte opstelling, belangen en standpunten van de relevante partijen. In de krachtenveldanalyse zijn de volgende vragen relevant:

- Wat zijn, voor de oplossing van dit probleem, de bevorderende en belemmerende factoren?
- Waar kan ik iets mee doen? En waar kan ik juist niets mee doen?

Je kan ook nog een stap verder gaan, en het door jou geformuleerde probleem en de door jou genoemde probleemhouder verder bekijken met een SWOT-analyse.

De SWOT analyse is een instrument om de interne sterke en zwakke factoren en de externe kansgevende en bedreigende factoren te identificeren die van belang zijn voor het maken van een goed projectplan. Een SWOT-analyse maakt toekomstmogelijkheden inzichtelijk en geeft aan in hoeverre je doelstelling haalbaar is. Ook maakt het inzichtelijk aan welke randvoorwaarden moet worden voldaan.

Eventueel kan een SWOT-analyse er zelfs toe leiden dat je een hele andere oplossingsrichting kiest dan je oorspronkelijk voor ogen had. Schrik daar dan niet van. In dat geval heb je waarschijnlijk een uitstekende SWOT-analyse uitgevoerd en ben je gered van een pijn-project.

Een SWOT-analyse gaat uit van de volgende vier punten:

- Strengths: de sterke punten van een project zelf (intern)
- Weaknesses: de zwakke punten van een project (intern)
- Opportunities: de kansen van een project (extern)
- Threats: de bedreigingen van een project (extern)

8.2.5 Realisatie [Maken]

De uitvoering van je project start je idealiter aan het einde van het eerste opleidingsjaar na de tussenevaluatie van het projectplan. Stages bij de betrokken instanties kunnen worden voorbereid en gepland. Je bent zelf verantwoordelijk voor de voortgang. Ook bewaak je zelf het proces, houd je contact met betrokkenen, signaleer je knelpunten en organiseer je het overleg daarover. Neem bij vragen, onduidelijkheden of behoefte aan ondersteuning contact op met de begeleider. Tussentijds wordt gevraagd om een update van je vorderingen. Aan de hand van het geformuleerde tijdspad kan de begeleider toetsen of je op schema ligt.

In deze fase biedt het onderwijs mogelijkheden om in groepsverband je dilemma's en vragen voor te leggen aan je mede studenten. Je kunt ook de docenten consulteren als je er niet uitkomt. Het is van belang dat je laat zien wat je doet en hoe je met vraagstukken waar je tegenaan loopt inzichtelijk maakt. Niet alleen voor jezelf, maar ook voor de docenten en groepsbegeleiders. Hiervoor worden tijdens het onderwijs diverse tips aangereikt hoe je dit kunt doen.

8.2.6 Tussenevaluatie

Aan het eind van het eerste jaar is er een officiële tussenevaluatie van het projectplan. Deze evaluatie geeft inzicht in het verloop van het schrijven van het projectplan. Vóór de tussenevaluatie stuur je je projectplan toe aan de begeleider, en plaats je deze op HAweb. De begeleider geeft mondeling en/of schriftelijk feedback over de voortgang. Na een positieve beoordeling volgt de uitvoering van het project en/of moet de feedback worden verwerkt. Bij een negatieve beoordeling volgt een gesprek met de begeleider en eventueel met een derde persoon van de staf.

8.2.7 Nazorg [In stand houden]

Een project heeft altijd een kop en een staart: het is een tijdelijk initiatief om iets te verbeteren of te veranderen. Dit betekent dat je op voorhand ook moet nadenken over hoe de resultaten en werkprocessen geborgd worden en bij wie. Dit kan betekenen dat je in gesprek moet gaan met de direct en indirect betrokkenen rondom het project en opdrachtgever(s) om eenzelfde beeld te creëren van de borging zodra het project is afgerond.

Voordat je je project afrondt is het de bedoeling dat je evalueert. Dit kan op verschillende niveaus. Het meest voor de hand liggende is dat je evalueert of de beoogde resultaten zijn bereikt. Omdat in de kaderopleiding het accent vooral ligt op ervaring opdoen in het leiden van een project is een evaluatie van de uitvoering van het project zelf heel waardevol. Zodoende kun je samen met projectteamleden leren van hoe het proces van samenwerking is verlopen, wat goed ging en wat in de toekomst misschien beter kan. In het onderwijs wordt stilgestaan bij de verschillende niveaus van evalueren.

8.2.8 Verslag

De deelnemer schrijft een verslag van het project zoals het ervoor staat na 10-12 maanden. In je verslag verwerk je de stand van zaken op alle activiteiten uit je projectplan. Daarnaast geef je de knelpunten weer die je tegenkwam en de manier waarop dat is opgelost. Welke lessen heb je geleerd?

Het verslag eindigt met een beschouwing van de te verwachten duurzaamheid van de bereikte verbetering en met aanbevelingen voor verdere implementatie. Je plaatst het eindverslag uiterlijk eind maart op HAweb.

8.2.9 Posterpresentatie

Een posterpresentatie vormt het sluitstuk van je kwaliteitsproject. Je levert de opzet drie weken voor de slotdag digitaal aan. Als voorbeeld staat er een format voor de poster op HAweb, inclusief tips. Wil je liever geen gedrukte poster, geef dat dan tijdig aan. De opleiding zorgt voor het laten drukken van de posters op groot formaat



Bijlage 9: Mentorgroepen

Gedurende de kaderopleiding neemt de deelnemer deel aan een mentorgroep. De mentorgroep bestaat uit 6-8 deelnemers en wordt begeleid door een mentor. De mentorgroep komt 8 keer tijdens de opleiding bij elkaar gedurende 3,5 uur inclusief koffiepauze.

9.1 Doel van de mentorgroep

Het doel is ondersteuning bij het individuele leerproces van de deelnemer, de persoonlijke ontwikkeling. Onderwerpen die in ieder geval aan bod zullen komen in de mentorgroepen zijn: het oefenen met consultatievaardigheden, communicatieve vaardigheden en IOP bespreken en bijstellen.

Daarnaast worden individuele leerpunten ingebracht, bijvoorbeeld aangaande het kwaliteitsproject. Het gaat daarbij niet zozeer om de procesmatige kant, maar met name om de organisatorische kant. Denk bijvoorbeeld aan het motiveren van collega's, profilering van samenwerking en leiderschap, onderwijs/presentatie inbrengen, geriatrisch netwerk en stages, enz.

9.2 Voorbereiding bijeenkomst

Ieder groepslid denkt voor zichzelf na over wat er tijdens de mentorgroep bijeenkomst ter tafel moet komen. Van tevoren wordt bewust stil gestaan bij leerdoelen, feedbackvragen, vragen naar ervaringen van groepsleden, vragen om specifieke informatie etc.

Ieder groepslid heeft de reflectieverslagen van de andere mentorgroepsleden gelezen en vragen en opmerkingen daarover verzameld.

9.3 Verslaglegging

De groepsleden maken voor zichzelf aantekeningen en reflecteren op proces en inhoud van de mentorgroep in het reflectieverslag dat na elke bijeenkomst geschreven wordt. Uiterlijk 7 dagen voor de volgende bijeenkomst plaatst u het reflectieverslag op HAweb.



Bijlage 10: Het reflectieverslag

10.1 Inleiding

Binnen de kaderopleiding wordt op verschillende manieren geleerd. Door middel van plenaire presentaties wordt kennis aangereikt. Voorbereidingsopdrachten worden gemaakt om de eigen werkpraktijk te onderzoeken, te evalueren en verder te ontwikkelen en tenslotte wordt in de mentorgroep aandacht besteed aan de vordering van het eigen leerproces en wordt er geoefend met consultatie als methode.

Om de aangereikte kennis en vaardigheden toe te kunnen passen in de praktijk is het nodig om een vertaalslag te maken naar eigen leerdoelen. Met een reflectieverslag kan de deelnemer aan een kaderopleiding bewust stil staan bij de leerdoelen die geformuleerd zijn en hoe daaraan in de praktijk wordt gewerkt.

10.2 Doel

Het doel is om bewustwording van het eigen leerproces te laten plaatsvinden, waardoor de deelnemer leert dit proces actief te sturen. Het verslag wordt geschreven voorafgaand aan een mentorgroep bijeenkomst. Het handelt enerzijds over de tijdens de voorgaande bijeenkomst behandelde onderwerpen. Anderzijds is het leren in het algemeen, tijdens de periode tussen de twee opeenvolgende mentorgroep bijeenkomsten, onderwerp van reflectie. De mentor en de collega's uit de mentorgroep geven gericht feedback op het leerproces.

10.3 Werkwijze

Degene die reflecteert maakt een reflectieverslag van 1 à 2 A4-tjes. Hierbij wordt gebruik gemaakt van de volgende vragen, die zo concreet mogelijk worden beantwoord:

1. Wat was mijn vertrekpunt? Welke informatie, werkervaring, gedachten en/of gevoelens had ik betreffende de onderwerpen die in de vorige tweedaagse aan de orde kwamen?
2. Welke verandering in informatie en/of perspectief is ontstaan door het lezen van literatuur?
3. Welke verandering in informatie en/of perspectief is ontstaan door het uitwerken van opdrachten, de presentatie van een gastdocent en het werken in de mentorgroep?
4. Hoe werkt dit door in mijn dagelijkse praktijk en/of persoonlijk functioneren?
5. Waar ga ik in dit verband de komende tijd vooral de aandacht op richten?
6. Welke leerdoelen zijn gehaald en welke nieuwe (sub)doelen wil ik formuleren?
7. Hoe staat het met langer lopende of overstijgende leerdoelen, die niet direct met de recent behandelde onderwerpen te maken hebben?

De deelnemer:

- plaatst het verslag uiterlijk één week vóór de volgende bijeenkomst op HAweb;
- leest voorafgaand aan de mentorgroep bijeenkomst de reflectieverslagen van de groepsgenoten;
- geeft tijdens de mentorgroep bijeenkomst aan welke in het eigen verslag genoemde - of inmiddels nieuw opgekomen onderwerpen - verdere bespreking behoeven;
- oefent tijdens de mentorgroep bijeenkomst met feedback geven op de verslagen van de collega-deelnemers;
- bewaart het reflectieverslag in het portfolio.

10.4 Algemene reflectie

Naast bovengenoemde reflectieverslagen naar aanleiding van de mentorgroep bijeenkomst plaatst elke deelnemer aan het eind van jaar 1 en aan het eind van jaar 2 een reflectieverslag. Deze algemene reflectieverslagen worden op HAweb geplaatst in de map 'persoonlijke documenten'.

Bijlage 11: Beoordelingsprocedure

Het leerklimaat

De kaderopleiding is een tweejarige postacademische opleiding voor gevestigde professionals namelijk huisartsen en specialisten ouderengeneeskunde en eventueel ook andere medische professionals werkzaam in de eerstelijns. We streven naar een veilig en positief leerklimaat waarbij de deelnemers wederzijds leren en elkaar verrijken door uitwisseling. Het portfolio dat gevuld moet worden is daar een weerslag van en geeft weer waar de deelnemer mee bezig is qua ontwikkeling, en qua resultaat trots op is.

Ondersteunend aan dit positieve leerklimaat heeft elke deelnemer een van de twee groepsbegeleiders als individuele groepsbegeleider. Deze treedt op als coach en uiteindelijke beoordelaar van de portfolio opdrachten. Het is de taak van de deelnemer om de individuele groepsbegeleider tussentijds om feedback te vragen op ingeleverde (concept)opdrachten. Daarnaast zijn er totaal 8 mentorgroep bijeenkomsten in kleiner verband (maximaal 8 deelnemers), geleid door een mentor, welke ook ondersteunend zijn aan het leerproces.

Procedure toetsen en beoordelen

Uiteraard kan het certificaat aan het eind van de kaderopleiding alleen verstrekt worden aan de deelnemer die de staf het predicaat kaderarts waardig acht. Daarom ontkomen we niet aan een zekere vorm van toetsing en een inzichtelijke procedure bij zorgen.

Tussenbeoordeling

Halverwege deze tweejarige opleiding vindt een tussenevaluatie plaats tussen deelnemer en individuele groepsbegeleider. De groepsbegeleider gaat hierbij vooraf ook te rade bij haar collega groepsbegeleider. Tijdens de tussenevaluatie wordt gekeken naar de voortgang en kwaliteit van de portfolio-opdrachten (zie beoordelingsformulier) en of deze voldoende is om het tweede leerjaar te starten. Hierbij is ook het aanhoudend werken in de eerstelijns (SO) en ouderenzorg (HA) aandachtspunt.

Indien er bij de groepsbegeleider twijfels zijn over de voortgang en/of de kwaliteit van het portfolio worden deze tijdens de tussenevaluatie besproken, en worden er bindende vervolgspraken gemaakt door deelnemer en groepsbegeleider. Ook kan de groepsbegeleider voorstellen om bij twijfel over de leerhouding/het proces een driegesprek met deelnemer en mentor te initiëren.

Wanneer de mentor rond dit tijdstip zorgen heeft m.b.t. het opleidingsproces van de deelnemer, (bv mate van actieve deelname aan de mentorgroep) bespreekt de mentor deze betreffende zorgen met de deelnemer. In dit gesprek wordt besloten of het al dan niet wenselijk is om een driegesprek met de groepsbegeleider aan te vragen. NB: de mentor beoordeelt niet de inhoud van het ingebrachte materiaal, zodat de deelnemers veilig kunnen oefenen met het geleerde en veilig hun vragen en dilemma's kunnen bespreken.

Vervolg tussenbeoordeling

Indien hierboven beschreven afspraken niet behaald blijken, wordt dit gegeven besproken met de deelnemer en een tweede persoon van de staf (een van de coördinatoren). De mogelijkheid tot het (tijdelijk, onder voorwaarden) staken wordt onderzocht en besproken, een evt. besluit wordt voorgelegd aan het hoofd van de begeleidingscommissie.

Eindbeoordeling

De kwaliteit van het portfolio wordt beoordeeld aan de hand van een beoordelingsformulier. Verder dient het volledig te zijn. Indien een maand voorafgaand aan het eind van de

opleiding het portfolio nog niet volledig gevuld is, kan (of kunnen) in overleg met het hoofd, op zwaarwegende gronden de deadlines hiervoor op maat worden aangepast waarna alsnog het certificaat wordt uitgereikt.

Bij geschillen over de toetsing gaan deelnemer en groepsbegeleider in gesprek met het hoofd van de kaderopleiding. Als op deze manier niet tot overeenstemming kan worden gekomen, dan wordt de opleidingscommissie om een besluit gevraagd.

Tussentijdse onderbreking kaderopleiding

Het volgen van deze postdoctorale opleiding vraagt een flinke (tijds)belasting. Het komt regelmatig voor dat de deelnemer genoodzaakt is om door persoonlijke omstandigheden de opleiding "tijdelijk" te staken. In deze paragraaf wordt beschreven hoe deze procedure er uit ziet.

De individuele groepsbegeleider en mentor van de deelnemer worden van de omstandigheden op de hoogte gebracht en het verzoek voor onderbreking wordt (schriftelijk) ingediend.

Er volgt een exitgesprek met groepsbegeleider (s) en evt. mentor. De deelnemer stelt zelf de groep op de hoogte van het "tijdelijk" stoppen. Afhankelijk van het tijdstip van vertrek en de geleverde (voltooiing van een jaar) prestatie kan de deelnemer na maximaal 2 jaar instromen in een volgende groep om de kaderopleiding te vervolgen. Vanaf het exit moment wordt HAweb deelname en het volgen van bijeenkomsten niet meer mogelijk.

De financiële repercussies moeten per geval besproken worden. Maar er komen altijd kosten bij als de opleiding herstart wordt.

Bijlage 12: Handleiding en opzet poster

12.1 Contactgegevens

Maak jezelf herkenbaar voor buitenstaanders: naam, functie, waar kom je vandaan (provincie, organisatie...) en hoe ben je bereikbaar?

12.2 Beknoptheid tekst

- Houd de titel kort en bondig, benoem alleen het onderwerp (geen volzinnen). Eventueel kan een subtitel aangemaakt worden.
- Houd de hoeveelheid tekst per blok beperkt. De boodschap moet in één oogopslag helder zijn.
- Houd het simpel, bondig en aantrekkelijk om nadere informatie op te vragen!

12.3 Opties

- Gebruik een subtitel.
- Verwijs voor nadere informatie naar een externe website of tel. nummer/e-mailadres.
- Maak een voetnoot voor verwijzing naar nadere informatie/documentatie.

12.4 Foto/schema/beeld

- Voordeel: Dit maakt de poster persoonlijk, en zorgt ervoor dat hij opvalt.
- Houd rekening met de leesbaarheid: een foto op de achtergrond kan mogelijk de tekst moeilijk leesbaar maken dus denk aan groot contrast tussen tekst en foto.
- Gebruik geen internet foto's/beelden in verband met de slechte kwaliteit bij het uitprinten op groot formaat. Een beeld/foto van het internet heeft soms een te lage resolutie.
- Een beeld/foto dient minimaal 300 dpi te hebben.
- U kunt foto/beeld kopen via bijvoorbeeld nl.123rf.com Er zijn ook foto's/beelden kosteloos te downloaden bij bijvoorbeeld de website www.pexels.com
- Mocht u een zelfgemaakte foto willen gebruiken, zorg dan dat u de foto gebruikt in het grootste formaat (bij iPhone wordt het grootste formaat soms opgeslagen in de iCloud, download dan de foto uit de iCloud opslag)
- Denk aan auteursrechten van foto's/beelden (de meeste foto's/beelden zijn niet auteursrechtelijk vrij, wel kan men de beelden vaak aanschaffen)
- Logo's van organisaties zijn vaak in hoge resolutie te verkrijgen bij de desbetreffende organisatie.
- Mocht je een schema willen gebruiken, maak deze dan in een zo groot mogelijk formaat, dus bijvoorbeeld op A3.

12.5 Tabellen

Gebruik alleen een tabel als deze ook daadwerkelijk iets toevoegt aan de boodschap, anders trekt hij de aandacht weg.

12.6 Kleurschema's

Zorg voor herkenbaarheid, houd bijvoorbeeld kleurschema's per vak aan (aanleiding = blauw; doel = rood; aanpak = groen; conclusie = oranje). De overige opmaak kan zelf ingevuld worden.

12.7 Overig

- Houd rekening met de snijranden: tekst en plaatjes niet te dicht op de rand plaatsen.
- Zoek een voorbeeldposter, bijvoorbeeld van eerder afgestudeerde kaderartsen.
- De template van de poster is in PowerPoint gemaakt. Voor het laten printen: let op formaat van het bestand (formaat flipover) en bestandstype (graag poster aanleveren in pdf en PowerPoint).

12.8 Template poster

Auteur(s), naam, functie plaats, eventueel jaartal
NHG- Kaderopleiding Ouderengeneeskunde

TITEL

Aanleiding en probleemstelling
Wat is het probleem/de aanleiding?

Doel
Welk doel heb je met dit kwaliteitstraject voor ogen? Voor wie is dit van belang?



Aanpak
Wat is er gedaan of gaat er gebeuren? Welk stappenplan is gehanteerd?



Conclusie
Wat voelt goed aan dit plan? Waar ben je het meest trots op? Welke hobbel is er genomen/overwonnen?

Contact
E-mailadres, telefoonnummer en eventueel website voor nadere informatie

Laego
Landelijke Adviesgroep EerstelijnsGeneeskunde voor Ouderen



Colofon

Datum: augustus 2023

Tekst en opmaak

drs. Yvonne Martens

drs. Clara van den Dool

drs. Shanti Brandon

dr. Susanne de Kort

drs. Martine de Niet

Specialist ouderengeneeskunde, coördinator KO GEO

Huisarts, groepsbegeleider KO GEO

Huisarts, groepsbegeleider KO GEO

Specialist ouderengeneeskunde, groepsbegeleider KO GEO

Organisator Nascholing

Contact

E-mail : M.de_Niet-Robbers@lumc.nl

© LUMC, afdeling Public Health en Eerstelijngeneeskunde. Postzone V0-P, Postbus 9600, 2300 RC, Leiden

Niets in deze uitgave mag worden vermenigvuldigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand, of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch, door fotokopieën, opnamen, of enig andere manier, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming.