

STANDAARD 1: BEOOGDE LEERRESULTATEN

De beoogde leerresultaten passen bij het niveau en de oriëntatie van de opleiding en zijn afgestemd op de verwachtingen van het beroepenveld en het vakgebied en op internationale eisen.

STAND VAN ZAKEN

Introductie

De opleiding leidt studenten op tot verpleegkundigen die als autonome professionals in complexe zorgsituaties en samen met andere zorgprofessionals, patiënten nu en in de toekomst zorg verlenen. Deze complexe zorgverlening is de kerntaak van verpleegkundigen in een snel veranderend praktijkveld. Naar het oordeel van de opleiding vereist dit denkvaardigheden, waarbij klinisch redeneren een sleutelrol speelt. Deze klinisch-redeneervaardigheid stelt de afgestudeerde verpleegkundige in staat optimale besluiten te nemen over diagnose, etiologie, prognose en interventie bij verpleegkundige problemen, en bij te dragen aan besluiten bij multidisciplinaire gezondheidsproblemen. Waar mogelijk gebeurt dit in samenspraak met de patiënt.

Daarnaast vraagt complexe zorgverlening om uitstekende verpleegtechnische, communicatieve en samenwerkingsvaardigheden van de verpleegkundige. Omdat complexe zorgverlening per definitie een multidisciplinaire of interdisciplinaire benadering vereist, worden de studenten opgeleid om als gelijkwaardige samenwerkingspartners in deze teams te participeren. De afgestudeerde verpleegkundige is daarbij bereid en in staat om een onderbouwd afwijkend standpunt in te nemen op bijvoorbeeld zorginhoudelijk, moreel of zorgorganisatorisch vlak, of over het welzijn van de patiënt, en hierover met de andere zorgprofessionals in gesprek te gaan.

De opleidingseisen worden nationaal afgedekt door het nationale opleidingsprofiel (Bachelor Nursing 2020, Lambregts et al., 2015). Bij het opstellen van dit profiel is het EQF6 (en het NLQF6) sturend geweest bij het bepalen van het competentieniveau. De opleiding oriënteert zich voortdurend op het internationale werkveld door het jaarlijkse bezoek aan de grote internationale conferentie georganiseerd door The Association for Medical Education in Europe (AMEE), en draagt daaraan bij via presentaties van docenten van onze eigen opleiding

(die deel uitmaken van het kenniscentrum van de Faculteit Gezondheid, Achieve). Bovendien participeert de opleiding in de internationale beroepsontwikkeling via het onderzoek van onze gepromoveerde docenten en onze promovendi (onder meer op het gebied van complexe zorg, cardiovasculaire zorg, integratie van zorg bij somatische en psychische problematiek, motivational interviewing, competentieontwikkeling en beeldvorming community care). De opbrengsten van het onderzoek krijgen ook een plaats in het onderwijs van de HBO-V.

Visie op het verpleegkundig beroep

Verpleegkunde is een van de kerndisciplines in de gezondheidszorg. Verpleegkundigen bevorderen gezondheid, dragen bij aan de preventie van ziekte, en bieden zorg aan mensen met ziekte of handicap en aan stervenden. Dit blijkt ook uit de definitie van 'Verpleegkunde' van de International Council of Nurses:

"Nursing encompasses autonomous and collaborative care of individuals of all ages, families, groups and communities, sick or well and in all settings. Nursing includes the promotion of health, prevention of illness, and the care of ill, disabled and dying people. Advocacy, promotion of a safe environment, research, participation in shaping health policy and in patient and health systems management, and education are also key nursing roles."

<https://www.icn.ch/nursing-policy/nursing-definitions> (geraadpleegd 3 oktober 2018).

Echter, opvattingen over 'Gezondheid' zijn aan verandering onderhevig. Hoe over gezondheid gedacht wordt heeft belangrijke implicaties voor het beroep van verpleegkundige, en dus voor het opleiden van verpleegkundigen. Huber et al. stellen in hun discours-bepalende BMJ-publicatie in 2011 een andere definitie dan de WHO-definitie uit 1948 voor, namelijk "the ability to adapt and self manage" (Huber et al., 2011, d4163), waarbij zij stellen dat dit binnen de drie gezondheidsdomeinen plaatsvindt, namelijk "physical, mental, and social". De opleiding vertaalt deze definitie als volgt in het Nederlands:

Gezondheid is het vermogen zich aan te passen en zelfmanagement uit te voeren op fysiek, psychisch en sociaal gebied.

De opleiding ziet dat de rol en de identiteit van de verpleegkundige verschuift door deze veranderde opvattingen over gezondheid en door maatschappelijke ontwikkelingen. Het functioneren van de patiënt komt meer centraal te staan, en daarmee wordt een verschuiving van focus op 'ziekte en zorg' naar 'gezondheid en gedrag' bepleit. Als gevolg hiervan treedt een vermenging tussen zorg en welzijn op. Verpleegkundigen richten zich niet alleen op gezondheidsuitkomsten, maar ook op het welbevinden en de kwaliteit van leven van de patiënt. Nu waren verpleegkundigen altijd al gericht op comfort, welbevinden en de kwaliteit van leven van patiënten, maar door te stellen dat de focus op gezondheid en gedrag ligt, en niet

op ziekte en zorg, verschuift de focus van de verpleegkundige als zorgprofessional naar die van zorg- en welzijnsprofessional.

In deze ontwikkeling kiest de HBO-V van de Hogeschool van Amsterdam er nadrukkelijk voor om een zorgopleiding te zijn. De verpleegkundige heeft een zorgidentiteit, en werkt vanuit diepgaande vakinhoudelijke kennis als zorgprofessional in interprofessionele teams, waarbij de nadruk soms meer op zorg en soms meer op welzijn ligt. Daarbij is de verpleegkundige goed op de hoogte van de expertise van de andere teamleden en werkt hij/zij op zo'n manier samen dat ieders deskundigheid optimaal ten bate van de patiëntenzorg gebruikt wordt. Ongeacht de zorgsetting gebeurt dit overal waar mogelijk samen met de patiënt (en/of diens wettelijke vertegenwoordiger), op grond van shared decision making.

(Voor een meer omvattende uitwerking hiervan, zie: [Opleidingsplan HBO-Verpleegkunde 2018-2025](#), p. 14 t/m 20.)

Beoogde leerresultaten

Studenten ontvangen bij het afstuderen de graad Bachelor of Science. Om dit bachelorniveau te garanderen hanteert de opleiding het [landelijk opleidingsprofiel](#) van de hbo-verpleegkundige, zoals beschreven in Bachelor Nursing 2020 (Lambregts et al. 2015) in combinatie met de Dublin-descriptoren en de professionele standaard. Dit opleidingsprofiel is door de Nederlandse HBO-Verpleegkunde-opleidingen (LOOV) in nauwe samenwerking met verpleegkundigen uit de beroepspraktijk opgesteld. De [competentieset](#) is gelijk voor alle varianten van de HBO-V, dus voor zowel de voltijd- als de dualopleiding.

De opleiding heeft voor de competenties drie niveaus van complexiteit opgesteld, waarmee de beroepsontwikkeling van de studenten beschreven kan worden. Het hoogste complexiteitsniveau is in overeenstemming met de hbo-standaard (HBO-Raad, 2009).

De complexiteit van een competentie kan zowel door de zorgsituatie, de context van de zorgverlening, als door het benodigde denkniveau bepaald worden (tabel 1). Daarom heeft de opleiding in de competentieset per competentie aangegeven of de complexiteit van de betreffende competentie in hoofdzaak bepaald wordt door de complexiteit van de zorgsituatie, de complexiteit van de context, of door het benodigde denkniveau.

Elke competentie is door de opleiding van indicatoren voorzien, waardoor de competenties geoperationaliseerd en daardoor beter te meten zijn. De indicatoren zijn voornamelijk gebaseerd op de competentiebeschrijvingen in het [Opleidingsprofiel BN2020](#) (Lambregts et al., 2015).

De indicatoren zijn niet uitputtend, maar bedoeld als voorbeelden van het type gedrag dat onder de betreffende competentie valt (De Best et al., 2016).

Tijdens stages wordt verwacht dat de student in toenemende mate zelfstandiger functioneert op het competentieniveau dat bij de opleidingsfase van de student past. Als onderdeel van het competentiesysteem werkt de opleiding met een aangepast [ZelCom-model](#) (Bulthuis, 2013).

Dit ondersteunt het leren en het meten van de competentieontwikkeling doordat de opleiding hiermee drie niveaus van zelfstandigheid heeft uitgewerkt (De Best et al., 2016).

De competentieset (De Best et al., 2016) is vanaf het studiejaar 2018-2019 in alle jaren van de opleiding doorgevoerd. In het studiejaar 2017-2018 gold voor de vierdejaarsstudenten nog een eerdere competentieset (Latour & Dobber, 2012) die in 2012 door de opleiding samen met het praktijkveld was opgesteld.

TABEL 1 OVERZICHT VAN NIVEAUS EN SOORTEN COMPLEXITEIT PER FASE VAN DE OPLEIDING

Niveau	Fase	Complexiteit
Niveau 1	Propedeuse	Laagcomplex zorg Laagcomplex context Vanuit standaarden werken en redeneren
Niveau 2	Kernfase	Middencomplex zorg Middencomplex context Improviseren
Niveau 3	Afstudeerfase	Hoogcomplex zorg Hoogcomplex context Ontwerpen

Eigen profilering

Wij hebben twee door onszelf geformuleerde competenties aan de landelijke competentieset toegevoegd, een over interprofessioneel samenwerken, en een over ethiek. Daarnaast profileren wij ons op het gebied van klinisch redeneren, met daarin opgenomen evidence-based practice (EBP).

Interprofessioneel samenwerken

Complexe gezondheidsproblemen vereisen een nauwe samenwerking van verschillende gezondheidszorgprofessionals en veelal ook welzijnsprofessionals. Wij zijn van mening dat door studenten interprofessioneel op te leiden zij beter toegerust zijn in complexe zorgsituaties. Een verschuiving van multidisciplinair samenwerken naar interprofessioneel samenwerken kan een bijdrage leveren aan de kwaliteit van de samenwerking en daardoor aan de kwaliteit van de zorg. Bij multidisciplinair samenwerken bestaan er immers hiërarchische relaties tussen de disciplines, met gescheiden rollen, taken en (veelal) doelen, terwijl interprofessioneel samenwerken gekenmerkt wordt door (Tsakitzidis & Van Royen, 2014):

- behoeften en doelen van de patiënt zijn uitgangspunt voor alle betrokken professionals;
- gelijkwaardige samenwerking tussen professionals die kennis hebben van elkaars deskundigheid;
- gedeelde verantwoordelijkheid over gezamenlijke doelen en aanpak;
- het hebben van gepland overleg waar ieders ideeën besproken worden.

De vier opleidingen van de faculteit Gezondheid en de bacheloropleiding Geneeskunde van het Amsterdam UMC, locatie AMC, hebben gezamenlijk een plan en een leerroute ontwikkeld waarlangs studenten vanaf het begin van hun opleiding leren te denken vanuit

interprofessioneel teamwork in relatie tot de patiënt. Op grond van een internationale oriëntatie (o.a. met werkbezoeken aan Scandinavië en aan de Canadian Interprofessional Health Collaborative in Vancouver) en vanuit het interprofessioneel competentieraamwerk (CIHC, 2010) hebben wij een competentie over interprofessioneel samenwerken geformuleerd en het onderwijsprogramma mede vanuit deze competentie vormgegeven. De competentie luidt (competentie 6a, De Best et al., 2016):

De verpleegkundige draagt in een interprofessioneel team van professionals en zorgvrager(s) bij aan een gezamenlijke en gecoördineerde benadering van gezondheids- en functioneringsproblemen van de zorgvrager(s).

Ethiek

Wij vinden dat kennis en vaardigheden op het gebied van ethiek een belangrijke component van de verpleegkundige zorgverlening is. In de landelijke competentieset komt dit naar ons oordeel onvoldoende tot uiting omdat het daarin alleen als onderwerp van reflectie is opgenomen (competentie 9). Reflecteren over de moreel-ethische aspecten van de eigen keuzes is belangrijk, maar student-verpleegkundigen horen een meer uitgebreide competentie op het gebied van ethiek te ontwikkelen (zie ook: [Standaard van de professionele bachelor](#), Beroepsethiek en maatschappelijke oriëntatie. In: HBO-Raad 2009. Kwaliteit als opdracht. p. 18). Vanuit dit standpunt hebben wij de volgende extra competentie geformuleerd (competentie 9a, De Best et al., 2016):

De verpleegkundige herkent en verheldert ethische problemen en beargumenteert de gekozen handelingen.

Klinisch redeneren en evidence-based practice

Wij beschouwen de beroepsrol Zorgverlener, en daarbinnen competentie 1 (Lambregts et al., 2015; De Best et al., 2016), als het hart van de competentieset.

De verpleegkundige stelt op basis van klinisch redeneren de behoefte aan verpleegkundige zorg vast op lichamelijk, psychisch, functioneel en sociaal gebied, indiceert en verleent zorg in complexe situaties, volgens het verpleegkundig proces, op basis van evidence-based practice.

Klinisch-redeneervaardigheden en EBP-vaardigheden hebben een plaats gekregen in verschillende competenties (competenties 1 en 7) van het opleidingsprofiel BN2020 (Lambregts et al., 2015). Hoewel klinisch redeneren en EBP verder in geen enkele competentie expliciet zijn opgenomen, zijn deze vaardigheden naar onze mening bij elke competentie noodzakelijk. Wij beschouwen deze vaardigheden dan ook als (onderliggend) onderdeel van alle competenties, en hebben deze vaardigheden een grote plaats gegeven in ons leerplan en in het afstudeerprogramma (zie standaard 4). Op het gebied van klinisch redeneren en EBP hebben wij in de afgelopen jaren een hoge mate van deskundigheid verworven en vervullen wij een voortrekkersrol. Dit blijkt onder meer uit het door drie docenten geschreven leerboek

Klinisch redeneren en evidence-based practice (Dobber J, Harmsen J, Van Iersel M. Houten, BSL; 2016), een leerboek dat inmiddels door ongeveer de helft van de Nederlandse HBO-V's gebruikt wordt. Onze opleiding onderscheidt zich hiermee zowel op inhoudelijk als op leerplanniveau. In bijlage 1 is het verschil in klinisch redeneren en EBP met andere HBO-Verpleegkunde-opleidingen uitgewerkt.

EVALUATIE

Conform de HvA-procedures is binnen de HBO-V halverwege de periode tussen de vorige en huidige accreditatie een interne audit uitgevoerd. De commissie heeft bij de interne audit één aanbeveling bij standaard 1 gegeven (Visscher et al., 2016): "Blijf, met het oog op het verkrijgen van een 'bijzonder kenmerk' (NVAO) op Klinisch redeneren de opleiding en vanuit de voorsprong op andere verpleegkunde opleidingen, de landelijke ontwikkelingen op dit punt van impulsen voorzien. De NVAO-criteria voor het verkrijgen van een 'bijzonder kenmerk' zijn globaal. Ontwikkel daarom zelf de standardeisen waaraan de opleiding moet voldoen om het bijzonder kenmerk voor Klinisch redeneren te verwerven. Neem daar Evidence Based Practice (EBP) geïntegreerd in mee."

De opleiding heeft de landelijke ontwikkelingen op het gebied van klinisch redeneren en EBP van een impuls voorzien via het leerboek over dit onderwerp, waarin naast de inhoud van klinisch redeneren en EBP ook een uitwerking van de vakdidactiek van klinisch redeneren is opgenomen. De auteurs van dit boek worden regelmatig geconsulteerd op dit gebied door andere opleidingen.

Ook binnen de opleiding zijn klinisch redeneren en EBP doorontwikkeld via een duidelijke opbouw in het vierjarig opleidingsleerplan en met een herkenbare plaats in het afstuderen (zie standaard 4). Daarnaast verzorgen wij deskundigheidsbevordering op dit gebied voor onze docenten.

Zoals de auditcommissie aanbevolen heeft, hebben wij standardeisen voor een 'bijzonder kenmerk Klinisch redeneren en EBP' geformuleerd. Deze eisen zijn te vinden in bijlage 2. De auditcommissie was tevreden over standaard 1 en had dan ook geen verdere aanbevelingen.

Zoals onder 'Eigen profilering' beschreven, hebben wij, naast klinisch redeneren en EBP, extra competenties voor interprofessioneel samenwerken en voor ethiek geformuleerd. Wij zijn tevreden over deze extra competenties, omdat wij vinden dat op deze gebieden de vereiste bekwaamheid van de verpleegkundige van nu beter gerepresenteerd wordt.

Het landelijke competentiemodel Bachelor Nursing 2020 is vanaf het studiejaar 2018-2019 geldig voor alle vier leerjaren van de HBO-V. Door toevoeging van indicatoren, complexiteitsniveaus en drie complexiteitstyperingen (complexiteit van zorg, van context, en van redeneren) zijn de leerresultaten sturend voor onderwijsontwikkeling. De indicatoren en het ZelCom-model bevorderen de grip van de student en diens begeleiders op de ontwikkeling

van de student, en maken de leerresultaten meetbaar tijdens stages. Hoewel we dit een goed systeem vinden, zijn we nog niet tevreden over het gebruiksgemak voor de studenten en hun werkbegeleiders in de praktijk. Zij vinden het inschatten van het complexiteitsniveau en van de mate van zelfstandig functioneren lastig, waardoor het competentiesysteem nog niet overal goed gebruikt wordt. Als werkbegeleiders de normen voor het gewenste complexiteitsniveau en/of de mate van zelfstandig functioneren niet goed inschatten, kan dit tot een begeleiding en een beoordelingsadvies leiden die gebaseerd zijn op onjuiste (te laag of te hoog gestelde) standaarden (zie ambities).

AMBITIES, TOEKOMSTPLANNEN EN AANDACHTSPUNTEN

Wij hebben in de studiehandleidingen inzichtelijk gemaakt hoe de competenties via programmadoelen en concrete onderwijsdoelen in alle programma's uitgewerkt zijn in concrete leeractiviteiten. Wij zijn tevreden over dit systeem, maar zoeken naar manieren om deze directe vertaling via digitale handleidingen (in plaats van de huidige pdf's op de Digitale LeerOmgeving) eenvoudiger te ontsluiten. Onze projectgroep Blended Learning is gevraagd te onderzoeken op welke wijze deze digitale handleiding vorm kan krijgen.

Een belangrijk aandachtspunt is het gebruik van het competentiesysteem door studenten en werkbegeleiders tijdens stages. Wij blijven nadenken over manieren om hen te ondersteunen bij het goed gebruiken van het competentiesysteem. Daartoe is 'het competentiewiel' geïntroduceerd. Deze tool helpt inderdaad om het systeem beter te begrijpen en te gebruiken, maar is nog geen definitieve oplossing. Daarom denken wij na over de inrichting van een digitaal formulier waarbij de student bij de zelfevaluatie en de werkbegeleider bij een evaluatie van de competentieontwikkeling van de student stap voor stap wordt geleid van competentie naar type complexiteit (zorg, context of redeneren), naar complexiteitsniveau, naar mate van zelfstandigheid.

Wij zijn voorloper op het gebied van klinisch redeneren en EBP. Doordat andere opleidingen het door ons geschreven leerboek gebruiken, delen we onze kennis en wordt onze voorsprong op dit gebied kleiner. Onze ambitie is om koploper te blijven door de plaats en de uitwerking van klinisch redeneren en EBP in ons opleidingsprogramma, en door het verder ontwikkelen van vakdidactiek bij dit onderwerp. Een voorbeeld van dit laatste is het beschouwen van klinisch redeneren als 'threshold concept'. Threshold concepten liggen ten grondslag aan het denken en vakmanschap binnen een discipline. Het doorgronden van zo'n concept biedt voor de student opening naar een nieuwe, voorheen onbereikbare manier van denken over een bepaald onderwerp. Een threshold concept verwijst dus naar een veranderde manier van begrijpen, interpreteren, iets zien, wat zonder het doorgronden van dat concept niet mogelijk is. Threshold concepts zijn dus per definitie transformatief en integratief, maar ook problematisch. Met dit laatste wordt bedoeld dat een threshold concept conceptueel moeilijk is, en bij

de student tot onzekerheid kan leiden, en tot 'vastzitten' als hij/zij het concept (nog) niet doorgrondt. Deze vaststelling vereist een uitgekende vakdidactiek waarin differentiatie tussen studenten een belangrijke rol inneemt. Het is onze ambitie dit in de komende jaren te ontwikkelen.

BRONNEN

- Bulthuis P. Het ZelCom-model, grip op competentieniveaus. Examens 2013;2:5-10.
- Canadian Interprofessional Health Collaborative. A National Interprofessional Competency Framework. Vancouver: Canadian Interprofessional Health Collaborative; 2010. http://www.cihc.ca/files/CIHC_IPCompetencies_Feb1210.pdf (geraadpleegd op 3 oktober 2018).
- De Best J, Dobber J, Latour C, Menting M. Competentieset van de HBO-Verpleegkunde. 2de editie. Amsterdam: HvA-HBOV; 2016.
- Dobber J, Harmsen J, Van Iersel M. Klinisch redeneren en evidence-based practice. Weloverwogen besluitvorming door verpleegkundigen. Houten: BSL; 2016.
- Dobber J, Van Grieken J, Latour C. Opleidingsplan HBO-Verpleegkunde 2018-2025. Amsterdam: HvA-HBO-V; 2018.
- HBO-Raad. Kwaliteit als opdracht. Den Haag: HBO-Raad; 2009.
- Huber M, Knotnerus JA, Green L, Van der Horst H, Jadad AR, Kromhout D, et al. How should we define health? BMJ 2011;d4163.
- ICN: Definition of Nursing. <https://www.icn.ch/nursing-policy/nursing-definitions> (geraadpleegd op 3 oktober 2018).
- Latour CHM, Dobber JTP. Competentieset van de HBO-Verpleegkunde. Amsterdam: HvA-HBO-V; 2012.
- Lambregts J, Grotendorst A, Van Merwijk C, redactie. Bachelor of Nursing 2020. Een toekomstbestendig opleidingsprofiel 4.0. Houten: BSL; 2015.
- Tsakitzidis G, Van Royen P. Leren interprofessioneel samenwerken in de gezondheidszorg. Antwerpen: Standaard Uitgeverij Professional; 2014.
- Visscher K, Terwindt S, Boonstra K, Fleuren J. Auditrapportage Opleiding HBO-Verpleegkunde HvA. Amsterdam: HvA; 2016.

BIJLAGE 1 ONDERSCHIEDENDE KENMERKEN VAN HET HVA-KLINISCH REDENEREN-PROGRAMMA

Het klinisch redeneren-programma is zowel op inhoudelijk (4 kenmerkende verschillen) als op leerplanniveau (3 kenmerkende verschillen) onderscheidend ten opzichte van het klinisch redeneren-programma van andere opleidingen.

INHOUD

Hieronder worden de vier inhoudelijke kenmerken van het HvA-klinisch redeneren-programma beschreven.

(1) De inhoud van het programma is sterk bepaald door het besef dat klinisch redeneren verder gaat dan het verpleegkundig proces. Klinisch redeneren is in elk patiëntencontact van belang, en vindt dus voortdurend plaats tijdens de verpleegkundige zorgverlening.

(2) In tegenstelling tot het verpleegkundig proces-denken wordt het klinisch redeneren niet als lineair of cyclisch redeneren gezien, maar als continue wisselwerking tussen vier redeneervormen. Deze redeneervormen worden bepaald door het probleem of de vraag waarvoor de verpleegkundige staat, en waarover deze een besluit moet nemen. Deze besluiten zijn in te delen in de volgende vier soorten:

- diagnostisch besluit (een besluit over de vraag om de toestand van de patiënt vast te stellen);
- etiologisch besluit (een besluit over de vraag welke factoren de toestand van de patiënt veroorzaken of in stand houden);
- therapeutisch besluit (een besluit over de vraag wat de beste interventie in de gegeven situatie voor een bepaalde patiënt is);
- prognostisch besluit (een besluit over de vraag wat een realistisch, wenselijk, en haalbaar verloop en afloop van de gezondheidsproblemen van de patiënt is).

Deze soorten besluiten vergen elk een eigen manier van klinisch redeneren, een eigen cognitief script. Zo ligt de nadruk in diagnostische redeneringen op het vaststellen van de huidige gezondheidstoestand op grond van kenmerkende verschijnselen, de onderliggende (patho)fysiologische en (afwijkende) psychosociale processen waarvan deze verschijnselen uitingvormen zijn, patroonherkenning, toetsing en vaststelling van het gezondheidsprobleem. Etiologische en prognostische redeneringen gaan juist over veranderingen in de loop van de tijd en over invloeden op die veranderingen, terwijl bij therapeutisch redeneren de nadruk ligt op de (bewezen) effectiviteit van interventies, gerelateerd aan hun werkingsmechanisme, de toepasbaarheid en de aanvaardbaarheid ervan voor de patiënt. De overeenkomst tussen de vier vormen is dat steeds een hypothetisch deductieve redenering wordt gevraagd, met aandacht voor cognitieve mogelijkheden en beperkingen in besluitvorming.

(3) Hieruit vloeit de keuze voort om binnen het klinisch redeneren-programma geen gebruik te maken van handboeken voor verpleegkundige diagnoses, noch voor verpleegkundige interventies. Handboeken werken het ontwikkelen van cognitieve redeneerschema's tegen doordat ze niet uitlokken tot redeneren maar tot vergelijking van beschrijvingen in de casus met de beschrijvingen in het handboek.

(4) Een laatste verschil, ten slotte, is de keuze om klinisch redeneren niet te beperken tot het redeneren binnen het verpleegkundig domein, maar expliciet te kiezen en te benoemen dat het klinisch redeneren van verpleegkundigen zich ook moet uitstrekken over interprofessionele probleemgebieden en probleemgebieden waarvoor een andere discipline primair verantwoordelijk is. Deze laatste keuze is door meer verpleegkunde-opleidingen gemaakt, maar nog altijd geen gemeengoed binnen de HBO-V's.

LEERPLAN

Op leerplanniveau zijn er drie belangrijke kenmerken van het HvA-klinisch redeneren-programma.

(1) Het aanleren van de complexe cognitieve vaardigheid klinisch redeneren is niet eenvoudig. Omdat complexe vaardigheden een eigen didactiek vergen, is ervoor gekozen het klinisch redeneren-programma te ontwerpen en uit te laten voeren volgens de principes van het 4C/ID-model, en dus vanuit de 'whole task-benadering'. Volgens deze benadering is een klinisch redeneren-leerplanontwerp gemaakt dat vanaf 2016 stapsgewijs en meelopend met het studentencohort 2016 ingevoerd wordt. De 'hele taak' die studenten leren, is het maken van een case study, waarbij een systematische klinische redenering uitgevoerd moet worden (Dobber et al., 2016).

(2) In lijn met het belang van klinisch redeneren voor het verpleegkundig beroep studeren alle studenten vanaf 2015-2016 af via (onder andere) een case study¹. Daarmee hebben we gekozen voor een afstudeervorm die direct aan het primaire proces van verpleegkunde gekoppeld is, en heeft het klinisch redeneren een prominente plaats in het afstuderen gekregen.

(3) Omdat klinisch redeneren een vaardigheid is die alleen adequaat uitgeoefend kan worden als deze gegrond is op vakinhoudelijke kennis en samengaat met andere beroepsvaardigheden, wordt klinisch redeneren niet als geïsoleerd vak beschouwd. Ook in andere vakken wordt expliciet aan klinisch redeneren gewerkt. Dit is het duidelijkste te herkennen binnen de medische kennisgebieden (anatomie, fysiologie, pathologie, psychopathologie) waarin het leren zo

¹ Voorheen bestond het afstuderen, zoals nog gebruikelijk is bij de meeste HBO-V's, uit het onderzoeken en in een implementatieplan uitwerken van een zorgverbeteringsvraag.

georganiseerd is dat de student de kennis kan gebruiken voor klinisch redeneren. Ook zijn de onderwerpen van klinisch redeneren en medische kennis op elkaar afgestemd, zodat in klinisch redeneren een beroep wordt gedaan op pas-geleerde medische kennis. Een andere duidelijk herkenbare koppeling is die van het leren van de methode van evidence-based practice en het leren kritisch beoordelen van wetenschappelijke onderzoeksartikelen ten bate van het gebruik van het beste wetenschappelijk bewijs in de klinische redeneringen. Ook in praktijkopdrachten tijdens alle stages en binnen het projectonderwijs is de integratie van klinisch redeneren herkenbaar. In de komende jaren wordt deze koppeling verder uitgebreid naar andere vakken.

BIJLAGE 2 EISEN BIJZONDER KENMERK KLINISCH REDENEREN EN EVIDENCE-BASED PRACTICE

1. Visie

- a. Klinisch redeneren en EBP hebben een vooraanstaande plaats in de visie van de opleiding op het verpleegkundig beroep.

2. Programmering

- a. De basiskennis en basisvaardigheden van klinisch redeneren en EBP zijn aanwijsbaar aanwezig in het curriculum (programmadoelen en/of onderwijshandleidingen).
- b. Er is een duidelijke opbouw van klinisch redeneren en EBP in het vierjarig opleidingscurriculum, van propedeuse t/m afstuderen (programmadoelen en/of onderwijshandleidingen).
- c. Klinisch redeneren en EBP zijn, via gerichte aansturing door de opleiding, onderdeel van verschillende stages binnen de opleiding (stagedoelen en/of stageopdrachten en/of stagehandleidingen).
- d. Klinisch redeneren en EBP hebben een duidelijke plaats binnen het afstuderen, waarbij het eindniveau van klinisch redeneren en EBP duidelijk wordt (afstudeerhandleidingen).
- e. De studiebelasting van klinisch redeneren en EBP neemt een substantieel aantal European Credits (EC's) in (OER).

3. Literatuur

- a. De literatuur die bij klinisch redeneren en EBP gebruikt wordt, past bij de kennis en vaardigheden op bachelorniveau (op klinisch redeneren in complexe situaties, op het hoogste cognitieve niveau; bij EBP is de literatuur gericht op systematisch zoeken in wetenschappelijke literatuurdatabases en op critical appraisal van wetenschappelijke literatuur hoog in de evidence pyramid, en op grond van relevante checklists, en toepassing van EBP via de uitwerking klinische onzekerheden).

4. Docenten

- a. De docenten zijn adequaat geschoold en toegerust om klinisch redeneren en EBP te geven (bij klinisch redeneren zijn docenten zelf verpleegkundige en is er regelmatige scholing/deskundigheidsbevordering; bij EBP zijn de docenten op ten minste masterniveau opgeleid en zijn er bij voorkeur een of meer docenten met een EBP-master en ten minste een of meer docenten met een epidemiologische achtergrond of een master Gezondheidswetenschappen).
- b. Binnen het onderwijs in klinisch redeneren en EBP wordt gebruikgemaakt van materiaal (artikelen, boeken) dat door de docenten zelf gepubliceerd is (handleiding, literatuurlijst).