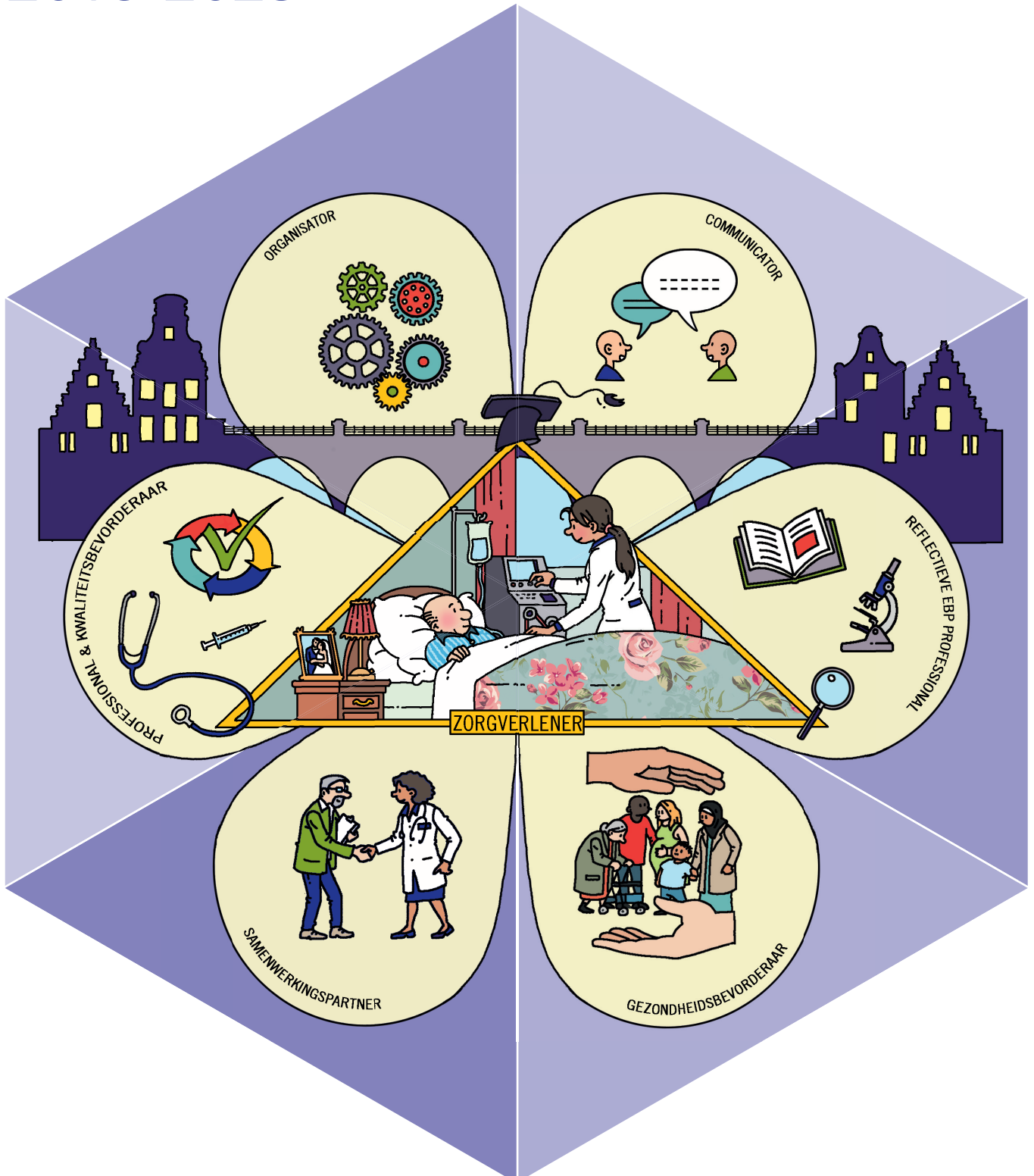


# OPLEIDINGSPLAN HBO-VERPLEEGKUNDE 2018-2025



# OPLEIDINGSPLAN HBO-VERPLEEGKUNDE 2018-2025

Jos Dobber  
Judith van Grieken  
Corine Latour

Januari 2018

## COLOFON

Contactadressen:

J.T.P. Dobber

Hogeschoolhoofddocent HBO-Verpleegkunde

Tafelbergweg 51

1105 BD Amsterdam

[j.t.p.dobber@hva.nl](mailto:j.t.p.dobber@hva.nl)

J.M. van Grieken

Hoofd Opleiding HBO-Verpleegkunde

Tafelbergweg 51

1105 BD Amsterdam

[j.m.van.grieken@hva.nl](mailto:j.m.van.grieken@hva.nl)

C.M.H. Latour

Lector, opleidingsmanager Verpleegkunde

Tafelbergweg 51

1105 BD Amsterdam

[c.m.h.latour@hva.nl](mailto:c.m.h.latour@hva.nl)

© 2018 HBO-V, Hogeschool van Amsterdam.

Alle rechten voorbehouden. Overname van (delen) uit dit plan uitsluitend na toestemming van de opleidingsmanager Verpleegkunde van de Hogeschool van Amsterdam.

Vormgeving en opmaak: Textcetera, Den Haag

Omslagillustratie: Marian Latour, [www.maclatour.nl](http://www.maclatour.nl)

# INHOUDSOPGAVE

Voorwoord	7
Inleiding	9
<b>A DOELSTELLINGENPERSPECTIEF</b>	
1 De HBO-V van 2025	11
2 Visie op het verpleegkundig beroep	14
3 Visie op leren en opleiden	21
<b>B PROGRAMMAPERSPECTIEF</b>	
4 Kaders	39
5 De opleidingscompetenties, het eindniveau van de opleiding, de hbo-bachelor standaard	44
6 Accenten binnen het onderwijsprogramma	51
7 Minoren	66
8 Buitenschools leren	68
9 Studentbegeleiding	71
10 De opbouw van de opleiding	76
11 Onderwijsontwikkeling	85
12 Onderwijsvormen	89
13 Portfolio	96
14 Studeerbaarheid	99
15 Internationalisering	104
<b>C VOORZIENINGENPERSPECTIEF</b>	
16 Materiële voorzieningen	111
17 Informatievoorziening en elektronische leeromgeving	113
<b>D INTERN KWALITEITZORGPERSPECTIEF</b>	
18 Evaluatie- en verbetercyclus	115
<b>BIJLAGEN</b>	
1 Competenties (met indicatoren en niveaubepaling)	123
2 Overzicht competenties per afstudeerwerk	145
3 NLQF-niveau 6	147
4 Overzicht minorenaanbod 2017-2018	149
5 Stroomdiagram onderwijsontwikkeling	153



# VOORWOORD

Voor u ligt het opleidingsplan 2018-2025 van de opleiding Verpleegkunde aan de Hogeschool van Amsterdam. Dit plan geeft weer hoe wij de komende jaren te werk zullen gaan in het opleiden van hbo-verpleegkundigen.

In de afgelopen jaren is er veel gebeurd en veranderd in de zorg en dus ook in de zorgopleidingen. Er kwam, in 2012 alweer, een nieuw beroepsprofiel en in navolging hiervan in 2014 een nieuw landelijk opleidingsprofiel. In 2015 werd het rapport van de commissie-Kaljouw 'Naar nieuwe zorg en zorgberoepen: de contouren' opgeleverd, en aansluitend werd het rapport 'Anders kijken, anders leren, anders doen', waarin de visie op opleiden meer centraal stond, aan de ministers van VWS en OCW aangeboden.

En dan is er de dagelijkse werkelijkheid, met tekorten aan verpleegkundigen, bezuinigingen in de zorg, en een opleiding Verpleegkunde die in vijf jaar tijd sterk is gegroeid, en waarbij we, samen met de HBO-V's uit de regio, een numerus fixus invoerden om de groei gecontroleerd te doen verlopen. Dan zou je bijna vergeten waartoe we op aarde zijn: goede startende hbo-verpleegkundigen opleiden.

We staan voor grote uitdagingen, en iedere dag weer prijs ik mij gelukkig dat ik met een zeer bevoegen en deskundig docenten- en onderzoeksteam werk, en dat de zorginstellingen waarmee wij zo nauw samenwerken, ondanks de druk en de bezuinigingen, hun innovatieve kracht niet verliezen.

Dichter bij huis transformeert de Hogeschool van Amsterdam van een onderwijsinstelling naar een kennisinstituut waar onderwijs, beroepspraktijk en onderzoek hand in hand gaan.

In dit opleidingsplan leest u hoe wij de hierboven geschetste ontwikkelingen hebben vertaald. In deel A beschrijven we onze visie op het verpleegkundig vak en op opleiden. U zult in deel B van dit opleidingsplan lezen dat wij meer nadruk leggen dan voorheen op inhoudelijke thema's als gezamenlijke besluitvorming, klinisch redeneren, *evidence-based practice* en leiderschap. Onderwijskundige uitgangspunten als werken met het 4C/ID-model behouden we, terwijl *blended learning* en flexibilisering van het onderwijs de komende periode onze volle aandacht krijgt. Het buitenschools leren is stevig verankerd in de opleiding en ontwikkelen we verder, door bijvoorbeeld academische leerwerkplaatsen op te zetten. Ook de ingezette lijn om meer specifieke opleidingstrajecten met doorstroom naar vervoliprogramma's te ontwikkelen, zoals in het AlZ-programma, met aansluitend een master Critical Care, zullen we onverminderd voortzetten.

Een andere vernieuwing die u in dit plan zult tegenkomen is het interdisciplinair samenwerken. Dit is een belangrijk speerpunt binnen de faculteit. Er wordt dan ook geëxperimenteerd met onderwijs waarbij studenten uit de opleidingen Verpleegkunde, Geneeskunde, Oefentherapie, Ergotherapie en Fysiotherapie in gezamenlijkheid aan projecten werken, op school en tijdens de stage.

En met alle ontwikkelingen en vernieuwingen verliezen we nooit uit het oog dat we een opleiding willen zijn waar iedereen zich thuis voelt, ongeacht geloofsovertuiging, seksuele geaardheid of afkomst, waar studenten zich welkom voelen en de kans krijgen het beste uit zichzelf te halen. Zodat ze na vier jaar opleiding trots en met zelfvertrouwen als startbekwame hbo-verpleegkundigen de zorg nog mooier en beter zullen maken.

Corine Latour  
Lector en opleidingsmanager Verpleegkunde

# INLEIDING

Het opleidingsplan van de HBO-Verpleegkunde (HBO-V) van de Hogeschool van Amsterdam gaat in op de vraag hoe de opleiding in de komende jaren inhoudelijk en didactisch het best ingericht kan zijn om studenten tot beginnende verpleegkundigen op te leiden. Omdat het opleiden van deze verpleegkundigen vier jaar duurt, is het noodzakelijk vooruit te kijken: welke verpleegkundigen heeft het werkveld in 2025 nodig?

Het leerplan van de HBO-V wordt voortdurend geactualiseerd, het verpleegkundig beroep, de patiëntenpopulatie en het praktijkveld, en de (organisatie van de) gezondheidszorg veranderen immers continu. Zo komt er vanuit het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport geld beschikbaar voor werkgevers in de zorg om (onder andere) de kwaliteit van opleidingsplaatsen te verhogen. De HBO-V werkt nauw samen met werkgevers om de kwaliteit van de stageplaatsen en van de verpleegkundige patiëntenzorg te verbeteren, en de aantrekkelijkheid van de werkgevers voor onze studenten te verhogen.

Daarnaast veranderen ook studenten en docenten, en ontwikkelt de onderwijskundige *body of knowledge* zich. En ook de organisatie van het onderwijs verandert, er is aandacht voor interprofessioneel opleiden, en een steeds sterkere samenhang van onderwijs, onderzoek en patiëntenzorg.

Het is dan ook goed om nu, in 2017, het bestaande leerplan en de daaraan ten grondslag liggende visies, opvattingen en keuzes op grondige wijze door te lichten, en het opleidingsplan te herschrijven. Het opleidingsplan is geen blauwdruk, maar een weergave van onze positie bij het opleiden, en van onze uitgangspunten en achtergronden voor keuzes voor en in de komende jaren.

In deel A van dit opleidingsplan worden in het eerste hoofdstuk ontwikkelingen in de gezondheidszorg geschetst, en de consequenties hiervan voor het leerplan. Dit hoofdstuk geeft in grote lijnen weer waartoe de opleiding moet opleiden. In de twee daaropvolgende hoofdstukken staat onze visie op verplegen en op gezondheid (hoofdstuk 2), en op leren (hoofdstuk 3) beschreven. Dit geeft onze posities weer ten aanzien van de aard van het verpleegkundig beroep en de wijze waarop wij verpleegkundigen opleiden.

Na dit doelstellingenperspectief verschuift het perspectief in deel B naar het inhoudelijk onderwijsprogramma. Vervolgens gaan we in op de materiële en informatievoorzieningen (deel C), en ten slotte in deel D op het interne kwaliteitsperspectief.



De HBO-V heeft een enthousiast en divers docententeam. Op verschillende momenten is het opleidingsplan-in-wording onder de aandacht van het team gebracht. Veel teamleden hebben eraan meegeschreven of feedback en tips gegeven: het opleidingsplan is een door het team gedragen plan.

Gezamenlijk leidt het opleidingsteam onze studenten op tot verpleegkundigen die als zorgprofessionals samen met de andere zorgdisciplines de gezondheidszorg ook in de toekomst kunnen dragen.

Judith van Grieken, Hoofd Opleiding HBO-Verpleegkunde

Jos Dobber, Hogeschoolhoofddocent HBO-Verpleegkunde

# A DOELSTELLINGEN- PERSPECTIEF

## 1 DE HBO-V VAN 2025

### 1.1 INLEIDING

De plaats en rol van de verpleegkundige in de gezondheidszorg wordt sterk beïnvloed door ontwikkelingen in de patiëntenpopulatie, in het verpleegkundig beroep zelf, de zorgorganisatie en (zorg)technologische ontwikkelingen. Hieronder worden deze ontwikkelingen in vogelvucht geschetst.

### 1.2 DE VERPLEEGKUNDIGE IN DE GEZONDHEIDSZORG VAN 2025

Demografische en maatschappelijke trends als vergrijzing en toenemende diversiteit tussen patiënten, zijn in de Nederlandse gezondheidszorg ook binnen de patiëntenpopulatie zichtbaar. Verpleegkundige zorg is steeds vaker complexe zorg voor patiënten met multimorbiditeit, en wordt in veel gevallen verleend aan geriatrische patiënten.

Het verpleegkundig beroep is zelf ook in ontwikkeling. In 2012 verscheen een nieuw beroepsprofiel, in 2015 gevolgd door een nieuw opleidingsprofiel dat onder regie van het Landelijk Overleg Opleidingen Verpleegkunde (LOOV) door alle daarbij aangesloten HBO-V's gezamenlijk gemaakt is. In beide profielen heeft klinisch redeneren een meer centrale plaats gekregen. Daarnaast zijn de transitie van patiëntenzorg naar de wijk en ook de zorgtechnologische ontwikkelingen grond voor verandering van de beroepsinhoud. Andere ontwikkelingen die de verpleegkundige beroepsinhoud beïnvloeden, zijn de andere manier

waarop tegen het begrip 'gezondheid' aangekeken wordt, het gegeven dat de vraag van de patiënt sterker het uitgangspunt van de daaromheen te organiseren zorg is geworden, en de noodzaak van meer aandacht voor de vermenging van somatische, psychische en sociale problematiek bij patiënten. Ook de manier waarop de verpleegkundige met andere betrokkenen samenwerkt, ontwikkelt zich. In de samenwerking met patiënten wordt gestreefd naar gezamenlijke besluitvorming, en in de samenwerking met andere zorgprofessionals wordt interprofessionele samenwerking nagestreefd. Als antwoord op de zorgcomplexiteit en de noodzaak tot afstemming tussen patiënt en zorgprofessionals en tussen zorgprofessionals onderling, zal de verpleegkundige in uiteenlopende zorgsituaties de rol van casemanager vervullen.

Snel voortschrijdende technische en informatietechnologische ontwikkelingen maken complexe zorg in de thuissituatie mogelijk, en bieden kansen voor meer (zelf)controle, gedragsbeïnvloeding en informatieverstrekking via smartphones. Tegelijk bepaalt de inrichting van de technische systemen (zoals het elektronische patiëntendossier) mede het perspectief en de beroepsinhoud van de verpleegkundige.

Bovenstaande ontwikkelingen zijn mede in gang gezet door veranderingen in de organisatie van de zorg, of hebben bijgedragen aan de organisatie- en stelselwijzigingen. Een in het oog springende verandering is de al genoemde transitie van patiëntenzorg naar de wijk. De gevolgen hiervan zijn niet alleen zichtbaar in de wijk, maar in de hele keten. Zo worden in de ziekenhuizen de opnames kort gehouden, waardoor ook de complexiteit van de zieke of herstellende patiënt als het ware sneller in de keten wordt 'doorgegeven': de patiënt verblijft bijvoorbeeld korter op de IC, korter op de verpleegafdeling, en gaat sneller weer naar huis. Hierbij wordt een groot appel op het zelfmanagement van de patiënt en op diens mantelzorgers en verdere sociaal systeem gedaan. In de GGZ wordt de basis-psihiatrische zorg door de huisartspraktijk geboden; ook hier is de zorgcomplexiteit in de keten 'doorgegeven'. De verandering van de financiering en bijhorende wetgeving (bijvoorbeeld WMO en WLZ), de grote rol van de ziektekostenverzekeraars, en de huidige opvattingen over participatie en participatiesamenleving, beïnvloeden de inhoud van het verpleegkundig beroep.

### 1.3 VERTALING NAAR HET CURRICULUM

De HBO-V vertaalt deze ontwikkelingen in haar curricula. Dit is onder meer zichtbaar in:

- de visie van de HBO-V op verplegen, en de uitwerking hiervan in het onderwijsprogramma;
- de nadruk op een degelijke basis van achtergrondkennis;
- de centrale plaats van klinisch redeneren in het curriculum, de koppeling hieraan van evidence-based practice en achtergrondkennis;
- de aandacht voor de patiënt als persoon in zijn context;
- de nadruk op het buitenschools curriculum, en de vorm hiervan;

- de aandacht in het curriculum voor de patiënt met complexe problematiek, in elke setting waarin deze patiënt zich bevindt;
- de aandacht voor verpleegkundig leiderschap;
- de aandacht voor het organiseren (en regisseren) van zorgverlening in zorgketens;
- de doorvoering van de *trias academica*, met speciale aandacht voor het oprichten van praktijkleerplaatsen, met een groot beroep op het onderzoekend vermogen van de (student-) verpleegkundigen die in de praktijk zelf onderzoeksvragen formuleren en mee-onderzoeken;
- de aandacht voor de vermenging van somatische, psychiatrische en sociale problematiek en de bijhorende samenwerking tussen zorg en welzijn;
- de aandacht voor de verpleegkundige als interprofessioneel samenwerker.

Bij het opleiden van studenten tot verpleegkundigen voor de gezondheidszorg van 2025, is de samenwerking met zorgorganisaties van essentieel belang. Bepalende componenten zijn daarnaast de didactische vormgeving van de HBO-V en een goed opgebouwd docentencorps waarin het brede kennisgebied van het verpleegkundig beroep vertegenwoordigd is.



## 2 VISIE OP HET VERPLEEGKUNDIG BEROEP

### 2.1 INLEIDING

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, zoals blijkt 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.'

(<http://www.icn.ch/about-icn/icn-definition-of-nursing/>; 7 december 2016)

Echter, opvattingen over 'Gezondheid' zijn aan veranderingen onderhevig. Hoe over gezondheid gedacht wordt, heeft belangrijke implicaties voor het beroep van verpleegkundige, en dus voor het opleiden van verpleegkundigen.

### 2.2 GEZONDHEID

De WHO-definitie van Gezondheid uit 1948 ("een toestand van volledig lichamelijk, psychisch en sociaal welbevinden, en niet alleen de afwezigheid van ziekte of handicap"), is achterhaald. De belangrijkste kritiek op deze definitie omvat drie punten, namelijk de onhaalbaarheid ervan door het woord 'volledig', de medicalisering die het onbedoelde gevolg van deze definitie is, en de sterke toename van het aantal chronisch zieken die bij deze definitie als 'ziek' worden beschouwd (Huber et al., 2011). Huber et al. stellen in hun discours-bepalende BMJ-publicatie in 2011 zelf een andere definitie voor, namelijk "the ability to adapt and self manage" (Huber et al., 2011, d4163), waarbij ze stellen dat dit binnen de drie gezondheidsdomeinen plaatsvindt, namelijk "physical, mental, and social". In belangrijke Nederlandse publicaties is deze omschrijving van gezondheid vertaald als: "The ability to adapt and self manage in the face of social, physical, and emotional challenges" (Schuurmans et al., 2012, p.11), en als: "Het

vermogen van mensen zich aan te passen en eigen regie te voeren in het licht van fysieke, emotionele en sociale uitdagingen van het leven” (Kaljouw & Van Vliet, 2015, p.14). Daarbij is het concept ‘self manage’ als ‘eigen regie’ vertaald. Op andere plaatsen is ‘het zich aanpassen’ vervangen door het concept ‘veerkracht’ (o.a. Van Vliet et al., 2016, p.19).

De HBO-V herkent de noodzaak ‘gezondheid’ opnieuw te definiëren, en kan zich met enige kanttekeningen (zie hierna) vinden in de oorspronkelijke definitie van Huber et al. (2011). Deze definitie zou dan als volgt in het Nederlands vertaald kunnen worden:

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

Daarbij geldt dat deze drie gebieden omschreven worden zoals in de oorspronkelijke tekst van Huber et al. (2011).

Voor *het fysieke gebied* is dit “allostasis, het behoud van fysiologische homeostasis gedurende veranderende omstandigheden. Bij confrontatie met fysiologische stress is een gezond orgaan in staat tot een beschermende reactie waarmee potentiële schade beperkt wordt, en tot het herstellen van een (aangepast) equilibrium. Indien deze fysiologische coping strategie niet succesvol is, dan is er sprake van schade (ondermijnende belasting) die in ziekte kan resulteren.” (Huber et al., 2011, d4163).

Voor *het psychische gebied* is dit “de ‘sense of coherence’, dat de subjectieve vermogens versterkt zoals het doorzien en hanteren van, en zingeving aan moeilijke situaties.” (Huber et al., 2011, d4163).

Voor *het sociale gebied* is dit “een dynamische balans tussen mogelijkheden en beperkingen, veranderingen gedurende het leven, en beïnvloed door externe omstandigheden zoals sociale en omgevings-uitdagingen.” (Huber et al. 2011, d4163). Huber et al. wijzen erop dat bij succesvolle aanpassing aan een ziekte mensen weer in staat kunnen zijn hun sociale rollen op te nemen en zich, ondanks hun beperkingen, gezond kunnen voelen (2011).

### 2.3 KANTTEKENINGEN BIJ DE DEFINITIE VAN GEZONDHEID

De definitie zoals voorgesteld door Huber et al. ontving niet alleen instemming maar ook kritiek. De kritiek concentreert zich op twee kernbegrippen in de definitie, namelijk de nadruk op het zich aan (kunnen) passen, en het zelfmanagement. Daarnaast zijn er ook kanttekeningen te plaatsen bij het combineren van deze twee begrippen.

### 2.3.1 KANTTEKENINGEN BIJ HET BEGRIP 'AANPASSEN'

De nadruk in de definitie op aanpassen, lijkt de klassieke 'ziekte' als verstoring van de gezondheid in een aantal gevallen uit te sluiten. Iemand kan een levensbedreigende ziekte hebben, maar als hij zich daaraan kan aanpassen is hij niet ziek, ook al kan de persoon overlijden aan de ziekte (vgl. Latour, 2016). De definitie gaat hiermee voorbij aan het intuïtief ziektebegrip/gezondheidsbegrip zoals dat in de Nederlandse taal bestaat, en zoals deze in Pinkhof Geneeskundig woordenboek onder de noemer 'Algemeen spraakgebruik' wordt verwoord: "Subjectieve ervaring van somatische of psychische klachten (men voelt zich niet gezond) dan wel van een toestand waarbij men geen ziekte ervaart en ziekte niet kan worden aangetoond (men voelt zich gezond)" (p.528).

Verder lijkt het begrip 'aanpassing' nauw aan te sluiten bij de maatschappelijke trend waarin ieder verantwoordelijk is voor het eigen succes, nu ook op het gebied van gezondheid. Daarbij lijkt ziekte weggedefinieerd te worden en zijn zieken geen 'patiënt' meer, maar 'klant' of 'burger' (vgl. Latour, 2016). Een gevolg hiervan zou kunnen zijn dat het solidariteitsbeginsel in de gezondheidszorg aangetast kan worden (zie ook Kaljouw & Van Vliet, 2015, p.19).

Een derde kanttekening ten slotte, is het normatieve aspect dat in 'aanpassen' gelegd kan worden, vooral als het om gedragsaanpassing gaat. Hoe bepalen we welke aanpassing als 'normaal' of als 'niet normaal' wordt beschouwd? Zeker in de GGZ, maar niet alleen daar, is dit een belangrijke vraag.

### 2.3.2 KANTTEKENINGEN BIJ HET BEGRIP 'ZELFMANAGEMENT'

Het begrip 'zelfmanagement' als het onafhankelijk/zelfstandig (los van zorgprofessionals) beslissingen nemen, plannen en uitvoeren van gezondheidskeuzen en gezondheidsactiviteiten, is goed bruikbaar bij het omschrijven van het begrip 'gezondheid'. Opmerkelijk is echter dat zelfmanagement in verschillende publicaties vervangen wordt door 'eigen regie' (Kaljouw & Van Vliet, 2015; Van Vliet et al., 2016), en 'eigen regie' min of meer wordt gelijkgesteld aan 'zelfregie', 'autonomie' en 'zelfbeschikking' (Van Vliet et al., 2016, p.21). En tot 'eigen regie' is een grote groep kwetsbare patiënten niet in staat, net zomin als deze groep 'veerkrachtig' is (Latour, 2016; Kaljouw & Van Vliet, 2015, p.19). Ook dit dreigt het solidariteitsbeginsel aan te tasten: immers, als deze eigen regie tot een onverantwoordelijke, ongezonde leefstijl leidt (blijven roken, ondanks een recent doorgemaakt myocardinfarct), dan hoeven anderen niet aan de gezondheidsgevolgen mee te betalen (Kaljouw & Van Vliet, 2015, p.19).

### 2.3.3 KANTTEKENINGEN BIJ DE COMBINATIE 'HET VERMOGEN ZICH AAN TE PASSEN EN ZELFMANAGEMENT UIT TE VOEREN'

Een mogelijke interpretatie van de bij 2.2 genoemde gezondheidsdefinitie: "Gezondheid is het vermogen zich aan te passen en zelfmanagement uit te voeren op fysiek, psychisch en sociaal gebied", is dat beperkingen in het vermogen zich aan te passen gecompenseerd kunnen worden door het uitvoeren van zelfmanagement. In een aantal situaties kan dit ook. Een persoon die

diabetes heeft, maar die dit via medicatie en aangepaste leefstijl goed onder controle heeft (optimaal zelfmanagement) en zich daar wel bij voelt, is zeker 'gezond' te noemen. Echter, we mogen er niet van uitgaan dat zelfmanagement altijd tot (alle) gewenste resultaten leidt. Iemand met een kwetsbaarheid voor psychosen, die dit door medicatie en aangepaste leefstijl onder controle heeft, maar ondanks dat toch psychotisch wordt, kan een optimaal zelfmanagement hebben, maar door niet goed functionerende fysiologische en psychosociale processen is er toch sprake van ziekte gedurende de psychotische periode.

#### 2.3.4 GEVOLGEN VAN DE KANTTEKENINGEN

Bij het hanteren van de definitie van gezondheid binnen de HBO-V is het belangrijk dat de definitie begrepen wordt zoals deze in de oorspronkelijke publicatie van Huber et al. (2011) in de BMJ is beschreven. Het 'aanpassen' wordt hierin niet als persoonlijke verantwoordelijkheid van het individu gezien, maar als fysiek, psychisch en sociaal vermogen van de mens, waarbij in de grootte van deze vermogens grote variatie tussen individuen bestaat, terwijl het vermogen tot aanpassen ook in verschillende levensperioden en verschillende situaties kan variëren. De ziekte is binnen deze interpretatie van 'aanpassen' nog steeds objectief vast te stellen. Bij een kwaadaardige tumor schieten de fysiologische beschermende reacties en compensatiemechanismen tekort, waardoor ernstige schade ontstaat, resulterend in een ziekte. En ook '*to self manage*' wordt in het originele artikel als vermogen beschouwd, waarvan het dynamische karakter (variërend in situaties, perioden in het leven en tussen personen) een belangrijk kenmerk is. Een vertaling naar de meer aan de ideologie van de participatiesamenleving verbonden term 'eigen regie', acht de HBO-V niet correct, en kan, op grond van die ideologie, tot ongewenste bij-effecten leiden.

De combinatie van 'aanpassen' en 'zelfmanagement' in de definitie, ten slotte, dwingt tot zuiver redeneren. Zelfmanagement is een vermogen dat de fysieke (allostasis), psychische (*sense of coherence*) en sociale (balans tussen mogelijkheden en beperkingen) aanpassingen kan bevorderen. Tegelijkertijd is het niet zo dat zelfmanagement ziekte kan opheffen. Een voor het individu optimaal zelfmanagement hoeft niet tot (volledige) gezondheid te leiden. Zuiver (klinisch) redeneren over de grootte en het aanwenden van, en de interactie tussen de verschillende soorten vermogens en de gevolgen daarvan voor het individu, is dus noodzakelijk om voorbarige en onjuiste conclusies en klinische besluiten te voorkomen. Bij patiënten met een persoonlijkheidsstoornis of een alcoholverslaving bij wie de *coping*-vaardigheden tekortschieten, is zowel het fysieke en psychologische aanpassingsmechanisme als hun zelfmanagement te beperkt om ze 'gezond' te noemen. Maar ook de hierboven al genoemde patiënt met een (uiteindelijk) dodelijke vorm van kanker, die zijn situatie doorziet, het kan hanteren en zin aan zijn leven weet te geven, en die de (gevolgen van) zijn medische behandeling optimaal weet te managen, is toch ziek, doordat de fysiologische aanpassing aan de kanker tekortschiet.



## 2.4 VISIE OP VERPLEGEN VAN DE HBO-V VAN DE HOGESCHOOL VAN AMSTERDAM

De HBO-V van de Hogeschool van Amsterdam is van mening dat de ICN-definitie van Verpleegkunde nog voldoende actueel is en aansluit bij de hierboven genoemde definitie van gezondheid:

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

In het beroepsprofiel (Schuurmans et al., 2012, p.12) wordt vanuit de gezondheidsdefinitie sterk de nadruk gelegd op het versterken van zelfmanagement. De HBO-V vertaalt dit als volgt: verpleegkundigen handelen autonoom op het gebied van gezondheidsproblemen, exclusief vaststelling van ziekte en behandeling, maar inclusief preventie en zelfmanagement (vergelijk Albersnagel & Van der Brug, 2007). Dit omvat dus zowel het vermogen tot aanpassen als het vermogen tot zelfmanagement. Daarnaast kunnen verpleegkundigen participatief handelen door gegevens over ziekteverschijnselen en potentiële complicaties te verzamelen, in te schatten, en deze gegevens en inschatting aan de arts of paramedische behandelaar door te geven. Verder handelen verpleegkundigen participatief binnen een medische en paramedische behandeling als een deel of een aspect van die behandeling aan hen is gedelegeerd (Dobber et al., 2016). Dit betekent dat verpleegkundigen verpleegkundige diagnoses stellen op de volgende gebieden (Dobber et al., 2016):

- reacties op, en gevolgen van ziekte en handicaps;
- belasting van (para)medische behandeling;
- reacties op, en gevolgen van, (para)medische behandeling;
- preventie van en bij gezondheidsrisico's;
- zelfmanagement.

Daarnaast hebben verpleegkundigen een belangrijke rol om het zelfmanagement en de besluitvorming volgens de principes van *shared decision making* te bevorderen en te bewaken. Dit met name in de interprofessionele samenwerking bij complexe patiënten, met verschillende zorg- en hulpverleners, en/of weinig vertrouwen in zorg- en hulpverleners.

## 2.5 IDENTITEIT VAN DE VERPLEEGKUNDIGE

De rol en identiteit van verpleegkundigen in de huidige maatschappij en in de projecties van de toekomst zijn aan het veranderen. Het rapport 'Naar nieuwe zorg en zorgberoepen: de contouren' (Kaljouw & Van Vliet, 2015) stelt, vanuit de nieuwe definitie van gezondheid en

maatschappelijke ontwikkelingen, het functioneren van de patiënt centraal. Daarmee wordt een verschuiving van focus op 'ziekte en zorg' naar 'gezondheid en gedrag' bepleit. In het licht van de verwachte zorgvraag in 2030 (die in het rapport als uitgangspunt is genomen) is dit geen vreemde aanname. Immers, naar verwachting wordt de zorgvraag dan sterk bepaald door mensen met chronische aandoeningen, van wie het merendeel meer dan één chronische aandoening heeft. Juist bij deze groep mensen staat de ziekte niet op de voorgrond, maar meer de hantering van de aandoening(en) en het zelfmanagement van de patiënt. Behandeling en acute medische en verpleegkundige zorg nemen verhoudingsgewijs in het leven van de patiënt weinig tijd in beslag, terwijl het hanteren en het managen van de aandoening dagelijks nodig zijn. Daarnaast treden door de combinatie van aandoeningen en behandelingen interacties op, waarvan de uitkomsten door gezondheidsspecialisten op een specifieke aandoening meestal niet te voorspellen zijn. Door het functioneren centraal te stellen, richten zorgprofessionals zich op een belangrijk goed in de huidige maatschappij: het eraan bijdragen dat de patiënt zoveel mogelijk zelf kan doen en zich kan redden.

Door deze ontwikkelingen 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 een zorg- en welzijnsprofessional.

De HBO-V herkent en erkent de maatschappelijke trend waarin het belang van welzijn toeneemt. Naar het oordeel van de HBO-V moet dit zich vooral vertalen in een betere en nauwere samenwerking met andere zorg- en welzijnsprofessionals. In toenemende mate werken verpleegkundigen in interprofessionele teams, waarbij de nadruk soms meer op zorg en soms meer op welzijn ligt. In beide teams moeten verpleegkundigen goed kunnen functioneren.

De HBO-V van de Hogeschool van Amsterdam kiest er nadrukkelijk voor om een zorgopleiding te zijn. De verpleegkundige heeft een zorgidentiteit, en werkt vanuit diepgaande vakinhoudelijke kennis als zorgprofessional in interprofessionele teams. 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. Dat gebeurt overal waar mogelijk samen met de patiënt (en/of diens wettelijk vertegenwoordiger), op grond van shared decision making, dus zowel in de preventieve maatschappelijke gezondheidszorg, de langdurige maatschappelijke gezondheidszorg, de laagcomplexe maatschappelijke, residentiële en ziekenhuiszorg, als in de hoogcomplexe zorg.

## 2.6 LITERATUUR

Albersnagel E, Van der Brug Y. Diagnosen, interventies & resultaten. 3<sup>e</sup> druk. Groningen: Noordhoff; 2007.

Dobber J, Harmsen J, Van Iersel M. Klinisch redeneren en evidence-based practice. Houten: BSL; 2016.

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. <http://www.icn.ch/about-icn/icn-definition-of-nursing/> (geraadpleegd 7 december 2016).

Kaljouw M, Van Vliet K. Naar nieuwe zorg en zorgberoepen: de contouren. Diemen: Zorginstituut Nederland; 2015.

Lambregts J, Grotendorst A, Van Merwijk C, redactie. Bachelor of Nursing 2020. Een toekomstbestendig opleidingsprofiel 4.0. Houten: BSL; 2015.

Latour C. Psychiatrie en somatiek op één kussen... Lectorale rede. Amsterdam: HvA Publicaties; 2016.

Schuurmans M, Lambregts J, Projectgroep V&V 2020, Grotendorst A. Beroepsprofiel Verpleegkundige. Utrecht: V&V 2020; 2012.

Van Everdingen JJE, Van den Eerenbeemt AMM, redactie. Pinkhof Geneeskundig woordenboek. 12<sup>de</sup> druk. Houten: BSL; 2012.

Van Vliet K, Grotendorst A, Roodbol P. Anders kijken, anders leren, anders doen. Grensoverstijgend leren en opleiden in zorg en welzijn in het digitale tijdperk. Diemen: Zorginstituut Nederland; 2016.

# 3 VISIE OP LEREN EN OPLEIDEN

## 3.1 INLEIDING

De HBO-V gaat ervan uit dat de opleiding tot verpleegkundige een opleiding is die de student voorbereidt op het functioneren als professional in een professionele praktijk, en werkt dit uitgangspunt uit in een competentiegerichte opleiding.

Een competentie wordt als volgt gedefinieerd:

*Een integraal geheel van kennis, vaardigheden en houding die een persoon binnen een beroeps- en/of wetenschappelijke context adequaat weet in te zetten.* (Hogeschool van Amsterdam, Competentiegericht Opleiden, november 2005).

Leren wordt als volgt gedefinieerd:

*Leren is een multidimensionaal proces dat resulteert in een relatief duurzame verandering in een persoon of personen en de manier waarop die persoon of personen de wereld waarnemen en reageren op de wereld vanuit een fysiek, psychologisch en sociaal perspectief. Het leerproces vindt zijn fundament in de relatie tussen de karakteristieken van de persoon, het object van leren en de ecologische situatie in een bepaalde tijd op een bepaalde plaats, maar ook over een bepaalde tijdsperiode.* (Alexander et al., 2009, p.186. Vertaling van Brand-Gruwel, 2012, p.10).

Het fundament van leren omvat dus de relatie tussen de volgende vier dimensies:

1. de karakteristieken van de lerenden ('het wie');
2. het beroepsinhoudelijk onderwerp dat geleerd wordt ('het wat');
3. de ecologische situatie op bepaalde plaats ('het waar');
4. de ecologische situatie in een bepaalde tijd ('het wanneer').

De kernpunten waarmee de opleiding zich profileert zijn:

1. er is een sterke relatie met de beroepspraktijk;
2. vernieuwingen in het verpleegkundig beroep en de verpleegkundige praktijk maken deel uit van het curriculum;
3. waar mogelijk en zodra mogelijk worden complexe beroepstaken in de vorm van hele leertaken aan studenten gepresenteerd (Janssen-Noordman & Van Merriënboer, 2009);
4. toetsen is in toenemende mate het toetsen van competenties.

Door het uitwerken van deze kernpunten geeft de opleiding invulling aan het concept van competentiegericht leren van de Hogeschool van Amsterdam. De gerichtheid op de

beroepspraktijk, het aansluiten bij het leerproces van de individuele student, en het werken met hele leertaken zorgen ervoor dat kennis en vaardigheden geen doel op zich worden, maar bijdragen aan beroepscompetenties.

Het onderwijs op de HBO-V maakt waar mogelijk gebruik van bewezen effectieve onderwijsmethoden (*evidence-based education*) en sluit zoveel mogelijk aan bij de intrinsieke motivatie van de student.

### 3.2 PROFESSIONEEL MODEL

Competentiegericht opleiden sluit goed aan bij de opvatting dat een professioneel beroep als verpleegkundige geleerd kan worden door via een welomschreven route de professionele basiskennis en basisvaardigheden te verwerven. De opleiding richt zich voor een belangrijk deel op de professionele standaarden van het vak Verpleegkunde. Vooral aan het begin van de opleiding, in de propedeuse, worden deze standaarden als het belangrijkste referentiekader voor de inrichting van het curriculum en het leren van de student gebruikt (professioneel model). De student leert in de loop van de opleiding beroepskennis, beroepsvaardigheden en beroepshouding steeds beter te integreren tot beroepscompetenties. Daarom worden de beroepscompetenties vanaf het begin van de hoofdfase een steeds belangrijker referentiekader. Het onderwijs en de toetsing van het afstudeerprogramma, ten slotte, zijn volledig competentiegericht.

Bij de uitoefening van het verpleegkundig beroep baseert de verpleegkundige zich op een gedegen theoretische kennis. In het klinisch redeneren komen de kennis van de patiënt en zijn gezondheidstoestand, de achtergrondkennis, evidence en patiëntenvoorkeuren samen, met als doel het nemen van optimale besluiten in en voor de zorgverlening aan de individuele patiënt. Klinisch redeneren wordt dan ook als essentiële vaardigheid voor hbo-verpleegkundigen gezien (Thompson & Yang, 2009). Het curriculum is zo georganiseerd dat het klinisch redeneren een centrale plaats inneemt.

De condities waaronder het best geleerd kan worden zijn uit het bovenstaande af te leiden:

- *basiskennis en basisvaardigheden als fundament onder het beroep*  
Competentieontwikkeling is uitsluitend mogelijk indien studenten over (basis)kennis en (basis)vaardigheden beschikken. In het begin van de opleiding ligt de nadruk op het verwerven van deze basiskennis en basisvaardigheden. Complexe aspecten van het beroep zijn alleen te leren en keuzen binnen het opleidingsprogramma zijn alleen te maken indien de student de achtergrond hiervan kent.

- *in complexe leeromgevingen in realistische situaties*

Moeilijke problemen oplossen leer je niet door veel eenvoudige problemen op te lossen. HBO-V studenten moeten telkens uitgedaagd en gemotiveerd worden om te functioneren binnen complexere verpleegsituaties of leeractiviteiten dan ze op dat moment al beheersen. Studenten leren complexe taken en vaardigheden binnenschools geïntegreerd aan, waardoor zowel het inzicht in de taak als de mogelijkheid tot transfer naar de beroepspraktijk bevorderd wordt.
- *een omgeving waarbinnen sociale onderhandeling plaatsvindt*

Er worden hogere mentale processen ontwikkeld door sociale interactie. Een belangrijke sociale interactie in de verpleegkundige beroepsuitoefening is samenwerken. Samenwerken stelt de HBO-V studenten in staat om tot nieuwe inzichten te komen en de eigen ontwikkelde modellen te toetsen en bij te stellen. Daartoe functioneren zij binnen een onderwijsgroep en binnen leergroepen die aan opdrachten en taken werken. Deze leergroepen zijn niet alleen monodisciplinair samengesteld. Studenten werken zowel binnen als buiten de eigen discipline samen, zodat interprofessionele samenwerking bevorderd wordt.
- *verschillende manieren van instructie*

Verpleegsituaties en verpleegproblemen worden vanuit verschillende invalshoeken benaderd. Multimedia zijn een goed medium om leerstof op verschillende manieren aan te bieden, maar ook een diversiteit in onderwijsvormen draagt ertoe bij dat de HBO-V student de stof op meerdere manieren verwerkt.
- *doelgerichte reflectie op ervaringen*

Hierbij gaat het erom dat de HBO-V student zich zoveel mogelijk bewust is van haar eigen 'constructieproces' van kennis. Aan de metacognitie of zelfregulatie van het eigen leerproces hechten we grote waarde.
- *studentgerichte instructie*

De HBO-V student heeft de belangrijkste taak binnen het leerproces. Bij voorkeur beslist zij wat, wanneer en hoe geleerd gaat worden. Dit is het sterkst zichtbaar bij projectonderwijs, tijdens stages, en bij de zelfstudie door de student. In de komende jaren draagt ook flexibilisering van curriculumonderdelen bij aan verder studentgericht onderwijs. De HBO-V docent is in deze situatie primair een begeleider en coach van het leerproces, en gaat na op welke wijze het leren van de student het beste ondersteund kan worden. Maar de docent zal in deze rol ook moeten corrigeren en beoordelen.

### 3.3 EVIDENCE-BASED EDUCATION

Het curriculum wordt vormgegeven via actuele onderwijskundige inzichten. Deze inzichten omvatten didactiek, cultuur en organisatie van de opleiding. Bij het vormgeven van het curriculum zijn de inzichten op deze gebieden (Bransford et al., 2000; Kayzel, 2009; Bruijns

et al., 2014) zoveel mogelijk gebruikt. Dit is onder meer te herkennen in het toetsbeleid, waarbij beoordelingen een belangrijke plaats binnen het onderwijsleerproces innemen; bij de vormgeving van de relatie tussen theorie en praktijk, waarbij veel aandacht aan het bevorderen van transfer wordt besteed; en bij studentbegeleiding en reflectie, waarbij ondersteuning bij het maken van keuzes en het begeleiden van de competentieontwikkeling van studenten centraal staat. De didactische vormgeving geschiedt door te werken met leerlijnen (zie paragraaf 10.4). Er zijn drie principes die een belangrijke plaats innemen bij de didactische vormgeving van curriculumonderdelen (conform Bransford et al., 2000):

- 1) preconcepties van de student komen snel en met regelmaat ter sprake binnen het onderwijs;
- 2) de belangrijkste concepten en hun onderlinge relaties (*conceptual framework*) van de leerstof worden duidelijk voor de student;
- 3) de (denk)strategieën van de verpleegkundig professional op het gebied van de leerstof komen expliciet aan de orde.

Deze drie principes, en een kader met onderwijskundige ontwerpeisen voor studiehandleidingen (Kayzel 2009; 2010), leiden tot een set vaste ontwerpeisen voor curriculumonderdelen. Voortbouwend op deze principes wordt op de studiedagen van de curriculumcommissie en van het docententeam veel aandacht besteed aan het op grond van evidence verbeteren van kernthema's binnen de opleiding. Voorbeelden hiervan zijn het afstudeerprogramma (Andriessen 2014; Sluijsmans et al., 2014); reflectie (Kinkhorst, 2010), portfolio (Van Tartwijk et al., 2007; Driessen et al., 2007), klinisch redeneren (o.a. Thompson & Yang, 2009; Kahneman, 2011), buitenschools leren en competentiegericht opleiden (o.a. Tillema & Boot, 2001; Van Berkel et al., 2014; Dochy & Nickmans, 2005).

### 3.4 INTRINSIEKE MOTIVATIE

Een belangrijke factor bij leren is de motivatie van de student (Martens & Boekaerts, 2007). Effectief leren wordt bevorderd als de student de leerstof zelf wil leren: intrinsieke motivatie. Motivatie is noch een vast gegeven, noch een constante, maar zelden zijn studenten ongemotiveerd. In het onderwijs op de HBO-V stellen docenten en onderwijsontwikkelaars zich veelvuldig de vraag 'waarvoor is de student gemotiveerd?'. Zowel in het onderwijsontwerp als in de onderwijsuitvoering wordt op intrinsieke motivatie gestuurd door in te spelen op de psychologische behoeften van studenten aan competentie, aan autonomie, en aan sociale verbondenheid (zelfdeterminatietheorie, Ryan & Deci, 2000). Dat betekent dat de leeromgeving zo vormgegeven moet zijn dat de studenten een relatief hoge autonomie en een gevoel van competentie ervaren, en zich verbonden weten met medestudenten, docenten en werkbegeleiders (Ryan & Deci, 2000). Het *dual processing self-regulation model* van Boekaerts (in: Martens & Boekaerts, 2007) biedt de docent handvatten hiervoor.

### 3.5 DOELGROEPEN

Er is variatie in leerbehoeften en leerstrategieën tussen verschillende studenten. Daarom onderscheidt de HBO-V verschillende studentengroepen met voor elk hun eigen leerplaninhoud, leerplanopbouw en didactiek:

Op dit moment (2017) zijn dat de volgende programma's:

- voltijd HBO-V;
- AMC-programma;
- duaalprogramma AGZ;
- duaalprogramma GGZ;
- MBO-HBO duaalprogramma AGZ, GGZ, MGZ;
- AIZ-*honours*-programma;
- verdiepende en verbredende minoren.

Daarnaast wordt studenten via de extracurriculaire excellentie- en honoursprogramma's van de faculteit Gezondheid de gelegenheid geboden om te excelleren.

### 3.6 HET BEROEP STAAT CENTRAAL: BEROEPSCOMPETENTIES EN HBO-KERNKWALIFICATIES

Bij het ontwikkelen van het curriculum is uitgegaan (conform het landelijk opleidingsprofiel, Lambregts et al., 2015) van de competentieordering aan de hand van de CanMEDS. Daaraan zijn twee nieuwe beroepscompetenties door de opleiding Verpleegkunde van de HvA toegevoegd. De CanMEDS-competentieordering maakt het mogelijk om de competenties van de initieel-opgeleide verpleegkundige te vergelijken met gespecialiseerde verpleegkundigen en met verpleegkundig specialisten. Verder maken steeds meer andere opleidingen tot professional in de gezondheidszorg gebruik van de CanMEDS. Door in deze ontwikkeling te participeren wordt het inzicht in competentie-overlap en competentie-onderscheid tussen verschillende disciplines bevorderd. Werken met CanMEDS benadrukt en ondersteunt op deze wijze het belang van een multi- en interdisciplinaire benadering en samenwerking in een steeds meer internationaal geordende gezondheidszorg.

Door competenties als uitgangspunt te nemen is een curriculum ontstaan waarbij de student centraal staat in haar ontwikkeling tot verpleegkundige. In het onderwijs wordt voortdurend een relatie gelegd met het beroepsmatig handelen. Alle onderdelen van het onderwijs zijn afgeleid van competenties en dragen bij aan het verwerven van die competenties. Bij ieder onderwijsonderdeel staat in de studiehandleiding op welke wijze wordt gewerkt aan welke competenties, waardoor dit voor de student inzichtelijk is. De student staat regelmatig stil bij de



wijze waarop zij werkt aan het verwerven van de competenties. De student reflecteert op haar leerproces en kent betekenis toe aan de bereikte leerresultaten, via het portfolio maakt zij deze ontwikkeling zichtbaar, en bespreekt zij haar verdere ontwikkeling.

Vanaf het begin van de opleiding komen alle zeven competentiegebieden aan bod binnen de opleiding. Omdat de beroepscompetenties voor veel studenten (nog) te groot en abstract zijn om richtinggevend voor hen te kunnen zijn, zijn de competenties voorzien van indicatoren.

Daarnaast is elke competentie in drie complexiteitsniveaus ingedeeld. Afhankelijk van het type competentie worden deze complexiteitsniveaus onderscheiden aan de hand van de complexiteit van zorg, de complexiteit van de context, of de complexiteit van het redeneren. In de eerste jaren ligt de nadruk sterk op de competenties binnen het competentiegebied 'Zorgverlener', waarmee wordt aangesloten bij het uitgangspunt dat het fundament van de opleiding gevormd wordt door basisvaardigheden en basiskennis.

Vanaf het begin van de opleiding is er ook aandacht voor het professioneel gedrag van de student. Hiertoe heeft de HBO-V, op grond van de beroepscode en de belofte bij diplomering, een referentie voor professioneel gedrag ontwikkeld met zes kenmerken. Dit gedrag wordt met name tijdens het buitenschools leren beoordeeld.

Teneinde te waarborgen dat vanaf het begin van de opleiding het hbo-niveau bereikt wordt, zijn naast de indeling van de competenties in drie niveaus, ook hbo-kernkwalificaties/ Nederlands kwalificatieraamwerk (NLQF) richtinggevend voor het onderwijs (zie hiervoor de bijlagen 1, 2 en 3).

### 3.7 HET BEROEP STAAT CENTRAAL: STERKE RELATIE MET DE BEROEPSPRAKTIJK

De wensen van het werkveld zijn voor een hbo-opleiding in belangrijke mate bepalend voor de inhoud van het competentiegerichte curriculum. Dit impliceert dat het werkveld participeert in het ontwerp van het opleidingsprogramma, dat externe stagebegeleiders invloed hebben op het stagebeleid, dat (dual)partners het dualprogramma en het AIZ-honoursprogramma mee-ontworpen hebben en dat het programma actueel wordt gehouden doordat ontwikkelingen in het nationale en internationale werkveld worden vertaald naar de inhoud van het programma. Dit betekent ook dat de HBO-V en de partners veel aandacht hebben besteed aan het bepalen waar de student welke beroepsinhoud het beste kan leren: binnen- of buitenschools.

Dit blijkt onder andere uit:

- het opleidingsbeleid ten aanzien van organisatie en inhoud van de structurele contacten met het werkveld;
- via het voltijd-AMC-programma is een nauwe samenwerking met het AMC gegarandeerd;
- ook met de dualpartners (o.a. OLVG, Arkin, InGeest, Parnassia-Dijk en Duin, VUmc) wordt nauw samengewerkt;
- nieuwe curricula worden zoveel mogelijk samen met het werkveld ontworpen en uitgevoerd;

- de regelmatige bijeenkomsten Samen Opleiden in Stages (SOS), waar de opleiding en stage- en werkbegeleiders actuele thema's bespreken;
- binnen Polifysiek voeren docenten Verpleegkunde patiëntenzorg en onderzoek uit in samenwerking met onder meer het AMC en Cardiovitaaal en met de andere opleidingen binnen de faculteit Gezondheid. De daar verworven kennis en ervaringen worden gebruikt in het onderwijs;
- de leerwerkplaatsen die samen met (onder andere) het AMC, het VUmc en het Westfries Gasthuis (WFG) ingericht zijn;
- de ontwikkeling van een nieuw concept (academische) leerwerkplaats, vanuit het *fit for practice*-principe, in samenwerking met het AMC, het Emma kindziekenhuis, Allergo (gespecialiseerd in kinderthuiszorg), en Cordaan Thuiszorg;
- het jaarlijks symposium HBO-V van de Toekomst, dat de opleiding aanbiedt aan de partners in het werkveld;
- stages voor docenten in de verpleegkundige beroepspraktijk;
- docenten en wijkverpleegkundigen die kennis delen en van elkaar leren via het project Leernetwerken;
- een deel van de docenten combineert het docentschap met een baan in de klinische praktijk;
- een deel van de docenten combineert het docentschap met wetenschappelijk onderzoek in de praktijk;
- het verzorgen van onderwijs door experts uit de praktijk.

### 3.8 VISIE OP TOETSEN

De visie op toetsen en het toetsbeleid van de opleiding is een verdere uitwerking van, en bouwt voort op het toetsbeleid van de HvA (O2, 2014; Bruijns & Kok, 2013). Daarbij is het van belang zich te realiseren dat de kwaliteit van de toetsing meer is dan de toets zelf (zie Sluijsmans et al., 2012). De visie op toetsen is in vijf punten samen te vatten:

1. alle toetsing tezamen legitimeert het getuigschrift van de opleiding;
2. competenties worden gedurende de opleiding in toenemende mate geïntegreerd getoetst;
3. toetsen bieden de student en de docent inzicht in de beroepsontwikkeling van de student;
4. toetsen dragen bij aan een adequate zelfselectie en selectie;
5. via veel verschillende toetsvormen wordt de validiteit van het toetsprogramma als geheel bewerkstelligd.

#### 3.8.1 LEGITIMATIE GETUIGSCHRIFT VAN DE OPLEIDING

Met het toetsprogramma van de HBO-V beoogt de opleiding de eindkwalificaties en het eindniveau van de opleiding te toetsen, teneinde te kunnen verantwoorden dat afgestudeerde verpleegkundigen aangetoond hebben daadwerkelijk competente beginnende

verpleegkundigen te zijn. Hiermee geeft de opleiding inhoud aan de eerste functie van toetsen: het legitimeren van het getuigschrift van de opleiding.

### 3.8.2 TOENEMEND GEÏNTEGREERD TOETSEN

Binnen het toetsprogramma maakt de opleiding gebruik van twee tussenniveaus, die in het competentieprofiel van de opleiding beschreven zijn (zie bijlage 1). Het toetsprogramma binnen het eerste tussenniveau ('competentieniveau 1') is sterk gericht op het afzonderlijk toetsen van kennis, vaardigheden en professioneel gedrag. Naarmate de student binnen dit niveau vordert, worden deze aspecten meer geïntegreerd op laag complex niveau en gericht op standaard-situaties. Binnen het tweede tussenniveau ('competentieniveau 2') worden competenties meer geïntegreerd getoetst, bij projecten, via praktijkopdrachten, stages en stagebeoordelingen, maar blijven aparte kennis- en vaardigheidentoetsen voorkomen. Het eindniveau ('competentieniveau 3') wordt via het afstudeerprogramma competentiegericht getoetst.

### 3.8.3 INZICHT IN DE BEROEPSONTWIKKELING

Vanuit deze functie ziet de opleiding toetsing ook als een onderdeel van het leren. Het verrichten van leeractiviteiten en het afleggen van toetsen zijn twee kanten van dezelfde medaille. Zowel formatieve als summatieve toetsen kunnen bijdragen aan dit leren, en de opleiding vindt dan ook dat beide vormen hiertoe benut moeten worden.

Er worden regelmatig formatieve (proef)toetsen tijdens een lessenreeks gepland. De nadruk ligt bij deze formatieve toetsen sterker op het leereffect van de toets. De student krijgt zicht op de mate waarin de stof reeds beheerst wordt, en raakt (intrinsiek) gemotiveerd om zich onderdelen die nog niet beheerst worden eigen te maken.

Ook summatieve toetsen bieden feedback aan studenten. Dit gebeurt in de vorm van de scores in de toets en de feedback van de docent. Bij 'schooltoetsen' is er standaard een toetsnabespreking gepland. Deze bespreking vindt plaats vlak na de toetsafname, als de toetsen nog niet nagekeken zijn. De studenten herinneren zich hun eigen antwoorden nog, en in de nabespreking worden de antwoorden besproken in de context van de gehele leerstof, zodat het de studenten duidelijk is waarom deze antwoorden goed zijn. Hierdoor kan de student enerzijds de juistheid van diens eigen antwoorden inschatten, en anderzijds bevordert de nabespreking het begrip van de leerstof.

Ten slotte bieden de studieresultaten inzicht in de beroepsontwikkeling van de student. Dit is met name voor de student en diens studentbegeleider van belang.

Vanuit de beroepsontwikkeling gezien kan het formatief toetsen bijdragen aan het blijvend bijhouden van het vak, ook nadat de student afgestudeerd is (leven lang leren). Immers, door de feedback vanuit de formatieve toetsing leert de student te blijven leren, ook als dat niet tot directe beloning in de vorm van een toetscijfer en studiepunten leidt. Het leren vanuit intrinsieke motivatie komt hierdoor dus sterker op de voorgrond te staan.

#### 3.8.4 SELECTIE

In de propedeutische fase is het van belang dat student en opleiding nagaan of de opleiding bij de student past, en of de opleiding haalbaar is voor de student. De toetsresultaten dragen bij aan het nemen van deze beslissing door de student en door de opleiding.

#### 3.8.5 VARIATIE IN TOETSVORMEN CREËERT VALIDITEIT TOETSPROGRAMMA

De validiteit van de toets en met name van het toetsprogramma als geheel, is van groot belang. De opleiding spant zich sterk in om tot een zo hoog mogelijke validiteit van toetsen en het toetsprogramma te komen. Een belangrijk middel hiertoe is het bewerkstelligen van een gevarieerd toetsprogramma, waarin alle competenties worden getoetst, rekening houdend met de drie competentieniveaus. Een tweede belangrijk middel zijn de indicatoren die de studenten, docenten/examinatoren en praktijkfunctionarissen ondersteunen bij het op goede wijze inhoud geven aan de opleidingscompetenties. Het is echter van belang om te beseffen dat de mogelijkheden van de opleiding op dit gebied begrensd worden door de spanning tussen validiteit en betrouwbaarheid van de toetsen en de beperking die een groot studentencohort oplegt aan valide maar toetstijdintensieve toetsen.

#### 3.8.6 DIGITAAL TOETSEN

In de komende jaren worden schriftelijke toetsen in toenemende mate digitaal afgenomen. Docenten kunnen via een digitale toetsbank gemakkelijk toetsen samenstellen, de toetsafname is eenvoudiger, en na de toetsafname kan de student direct de resultaten inzien. Daarnaast is het eenvoudiger om data te genereren voor de toetsanalyse. Een ander voordeel van digitale toetsen is de mogelijkheid om meteen feedback te geven op een gekozen antwoord uit de meerkeuze-opties.

#### 3.8.7 TOETSDESKUNDIGHEID

Het docententeam van de HBO-V is geschoold in toetsing. Docenten/examinatoren hebben allen de basiskwalificatie examinering (BKE) of de seniorkwalificatie examinering (SKE). Op geroosterde toetsontwikkeldagen verzorgt de toetscommissie ondersteuning en bijscholing op het gebied van toetsconstructie. Toetsen worden door ten minste twee docenten ontwikkeld.

#### 3.8.8 TOETSBELEID

Toetsing en beoordeling vinden plaats volgens het door de opleiding geformuleerde toetsbeleid. In het toetsbeleid worden de volgende uitgangspunten gehanteerd:

1. Toetsing sluit aan bij de binnen de leerlijnen gehanteerde onderwijsvormen (zie tabel 3.8).
2. In toenemende mate worden integrale toetsen afgenomen gedurende de vier opleidingsjaren. Toetsen op deelgebieden (kennis, vaardigheden, houding) blijven in alle opleidingsjaren aan de orde.
3. De toetsvorm sluit aan bij de te toetsen programmadoelen.

4. Ook het leerproces wordt getoetst (reflectie).
5. Professioneel gedrag wordt jaarlijks in de beroepspraktijk (stage) getoetst.
6. Beoordeling van het professioneel handelen vindt in toenemende mate plaats in de beroepspraktijk.
7. Beoordelingen worden ook ingezet om zelfstandig van te leren. De toetsen worden zo gepland dat dit de studenten stimuleert om voortdurend te blijven leren (kleinere toetsen gespreid over het leerjaar). De 'grote eindtoets' van de onderwijsonderdelen wordt zo beperkt mogelijk gebruikt.
8. Beoordelingen worden gebruikt om studenten feedback te geven, zowel op inhoud als op het leerproces.
9. Multiplechoice (MC)-tentamens worden in zeer beperkte mate gebruikt als eindtoets. Deze toetsen komen met name voor in het begin van de opleiding en bij grote cohorten, omdat het voor docenten/examinatoren zeer moeilijk is om via MC-vragen de hogere niveaus van de cognitieve taxonomie te toetsen.
10. Bij het beoordelen van groepswork moet er altijd een vorm van individuele beoordeling plaatsvinden. Deze vorm moet meer zijn dan individuele reflectie, er zal uit moeten blijken dat op individueel niveau alle programmadoelen behaald zijn.
11. Bij al het afstudeerwerk wordt met het 'vier-ogen-principe' gewerkt: er zijn twee onafhankelijke examinatoren.

TABEL 3.8: RELATIE LEERLIJNEN-ONDERWIJSVORM-TOETSEN

Leerlijn	Onderwijsvorm	Toetsvorm
Integrale leerlijn en Praktijkleerlijn	Stage Projectonderwijs Interprofessioneel onderwijs Afstudeerprogramma	Patiëntencasuïstiek Patiëntenpresentatie Praktijkopdracht Praktijkbeoordeling Projectproduct Competentiebeoordeling Portfolio Afstudeerproducten
Conceptuele leerlijn	Cursus	Kennistoets Casustoets Paper
Vaardighedenleerlijn	Training	Vaardighedentoets (hands on) Casustoets (simulatie) Reflectie-opdracht (hands off)
Ondersteunende leerlijn	SB MPB, intervisie	Reflectie-opdracht Presentie en participatie

Bij toetsing zijn verschillende personen betrokken. Naast docenten (constructie van toetsen, beoordeling, feedback), zijn dit werkveldvertegenwoordigers bij stages, praktijkopdrachten en portfolio. Bij projectonderwijs zijn medestudenten feedbackgever. Verder beoordeelt de

student zichzelf tegen de achtergrond van het competentieprofiel van de opleiding. Bij alle beoordelingen zijn docenten van de opleiding in de rol van examinerator eindverantwoordelijk.

### 3.9 VISIE OP PRAKTIJKLEREN

De HBO-V hecht veel waarde aan een goed buitenschools curriculum en aan optimaal leren in de beroepspraktijk. De dynamiek van de dagelijkse praktijk kan nooit worden vervangen door simulaties. Simulaties zijn wel een veilige startsituatie, beroepsvaardigheden kunnen in oefenlokalen worden getraind en ingeoeffend, maar de onvoorspelbaarheid, hectiek en afwisseling in het echte werk kunnen daarmee onvoldoende worden geleerd. Stages zijn dus belangrijk, en de opleiding wil dan ook de voorgeschreven 2300 uur praktijkonderwijs (Besluit opleidingseisen verpleegkundigen, 2011) volledig in stages realiseren. Vanaf het eerste jaar lopen studenten stage en ze maken zo vanaf de start van de opleiding kennis met de beroepspraktijk. Daarnaast bevorderen ervaringen in het werkveld ook het binnenschools leren. De opleiding vindt dat de beroepspraktijk voor de student de krachtigste leeromgeving is om het verpleegkundig beroep te leren.

Het is de ambitie om het buitenschools leren zo in te richten, dat de studenten de stages als inspirerend en leerzaam ervaren, en studenten zich, vanuit intrinsieke motivatie, willen ontwikkelen in alle beroepscompetenties. Dit stelt eisen aan de stageplaatsen, zoals de aanwezigheid van hbo-rolmodellen en gekwalificeerde, studentgerichte begeleiding. Een intensieve relatie tussen de opleiding en de beroepspraktijk is dus noodzakelijk, en onderwijs wordt zoveel mogelijk in goed partnerschap met de beroepspraktijk ontwikkeld en uitgevoerd (Lester & Costley, 2010).

#### 3.9.1 TRANSFER

Kennis en vaardigheden worden niet automatisch van de ene situatie gegeneraliseerd naar de andere (daarop lijkende) situatie. Kennis en ervaring 'verkleven' in het langetermijngeheugen aan de context. Transfer (van 'losse' praktijksituaties, maar ook van theorie naar praktijk en vice versa) wordt bevorderd door een grondige manier van leren en door het zich bewust zijn van het transferprobleem (Kayzel, 2009). Door het impliciet leren (onbewust leren, *observational learning*, leren voor specifieke situatie, *single loop learning*) zoveel mogelijk te voorkomen en te kiezen voor transferbevorderende strategieën (expliciet leren, stevige basis van achtergrondkennis, nieuwe kennis aan voorkennis verbinden, actief leren, rijke beoordelingen gebruiken, herhalen – oefenen – en blijven gebruiken, complexe taken geïntegreerd aanleren) stuurt de opleiding op het tot stand komen van transfer, waarmee onder meer de integratie van theorie en praktijk bevorderd wordt (Kayzel, 2009).

Bij de uitvoering van het binnen- en buitenschools onderwijs is aandacht voor transfer dus essentieel. Zowel binnen- als buitenschools wordt de student in staat gesteld om nieuwe kennis

en vaardigheden cognitief zo te organiseren dat theorie en praktijk met elkaar verbonden zijn. Dit vereist een actieve leerrol van de student, en een onderwijsontwerp dat deze transfer bevordert. Een krachtige leeromgeving vereist verder dat er voldoende emotionele ondersteuning is voor studenten, zodat zij kunnen leren in veeleisende en stressvolle situaties. Ten slotte geldt dat binnenschools en buitenschools expliciete aandacht voor de denkstrategieën van de verpleegkundig professional nodig is, om het denk- en gedragspatroon van de verpleegkundigen dat de student in stages als voorbeeldgedrag ziet, te kunnen duiden en er optimaal van te kunnen leren (Bransford et al., 2000).

### 3.10 TOETSING IN STAGES

Bij de beoordelingen van stages wordt een onderscheid gemaakt tussen stage-opdrachten en de integrale competentie-ontwikkeling.

#### 3.10.1 STAGE-OPDRACHTEN

De opleiding bevordert transfer door het construeren van stage-opdrachten, die aanvullend zijn op wat automatisch (impliciet) al geleerd wordt. De stage-opdrachten leggen een directe verbinding tussen binnenschools geleerde kennis en vaardigheden en de toepassing daarvan in de beroepspraktijk. Vanwege het bijzonder belang dat de opleiding hecht aan het Klinisch Redeneren, is aan iedere stage een stage-opdracht Klinisch Redeneren gekoppeld. Stage-opdrachten worden beoordeeld door de stagebegeleidend docent of door een vakdocent, en kunnen, indien onvoldoende, herkanst worden in een volgende stageperiode. Hierdoor wordt onnodige studievertraging voorkomen.

#### 3.10.2 INTEGRALE COMPETENTIE-ONTWIKKELING

De beschrijving van het verpleegkundig beroep in beroepsrollen (zie §5.1) en -competenties is een kunstmatige ordening van het integraal handelen van verpleegkundigen. Het apart toetsen van rollen in de praktijk druist in tegen de principes van competentietoetsen, waarbij het gaat om het overbruggen van de kloof tussen kennis, houding en vaardigheden (Van Berkel et al., 2014). Daarom maakt de opleiding de keuze dat studenten in iedere stage aan alle competenties werkt en het behaalde eindniveau op diverse manieren wordt getypeerd. Hiermee wordt multidimensionale competentietoetsing mogelijk (Dochy & Nickmans, 2005), en is deze toetsing gekoppeld aan authentieke beroepssituaties.

De werkbegeleiders geven aan het einde van een stage een advies over de beoordeling van de ontwikkeling van de student aan de stagebegeleidend docent. Dit advies is gebaseerd op het scoren van de competentiematrix van de student. Het eindniveau van de student wordt per competentie gescoord én de werkbegeleiders beschrijven per beroepsrol gedragsvoorbeelden die het niveau van functioneren weerspiegelen. De stagebegeleidend docent stelt, op basis

van het advies van de werkbegeleider en een zelfbeoordeling door de student, de feitelijke eindbeoordeling vast. De competentie-ontwikkeling van de student wordt aan het einde van een stage uitgedrukt in een integrale kwalificatie: 'niet behaald', 'behaald' of 'excellent'. Als een 10-weekse stage in het eerste of tweede studiejaar niet behaald is, kan deze (onder voorwaarden) herkanst worden via een verkorte herstelstage van 5 weken. Hierdoor is de student in de gelegenheid om zich (competentie)gericht op onderdelen verder te bekwamen tot het vereiste niveau van functioneren. Bij een niet-behaalde 20-weekse stage in het derde of vierde leerjaar kan de student (eveneens onder voorwaarden) zich in de daaropvolgende stage verder ontwikkelen en aantonen het eerder niet behaalde niveau inmiddels te beheersen. Door deze vorm van herkansen sluiten we aan bij de individuele competentie-ontwikkeling van de student en wordt onnodige studievertraging voorkomen. De 10-weekse afstudeerstage (stage 4.2) wordt altijd volledig herkanst.

### 3.10.3 NIEUWE INITIATIEVEN

In de komende jaren wordt er extra aandacht besteed aan de kwaliteit van de stagebeoordelingen. Doordat er binnen de opleiding jaarlijks stage wordt gelopen, die alle individueel begeleid en beoordeeld moeten worden, is er een grote groep docenten betrokken bij stagebegeleiding en stagebeoordeling. Daarnaast zijn er veel verschillende stageplaatsen, met veel werkbegeleiders met onderling variërende bekwaamheden. Deze omstandigheden vergroten de kans op uiteenlopende interpretaties en toepassing van beoordelingscriteria van stages en stage-opdrachten. De opleiding gaat de kwaliteit van de stage-beoordelingen nauwer bewaken en waar nodig verhogen. Een aantal initiatieven hiertoe is reeds ingezet:

- het aanstellen van een programmacoördinator buitenschools leren;
- het standaardiseren van afspraken en procedures binnen alle stages, en deze voor de studenten, alle werkbegeleiders en stagebegeleidende docenten voor alle stages in alle studiejaar helder beschrijven in één stagegids;
- het uniform beschrijven van stage-opdrachten en hun beoordelingswijze;
- het uniform beschrijven van de beoordelingsystematiek van competentie-ontwikkeling in stages;
- het vereenvoudigen van het digitale stagedossier van de student;
- het monitoren van de percentages behaalde en niet-behaalde stages van studenten in alle studiejaar, gedifferentieerd naar zorgsetting;
- het ondersteunen van werkbegeleiders bij het bepalen van beoordelingsadviezen door stagebegeleidende docenten die voor langere periode binnen dezelfde organisatie de stagebegeleiding verzorgen (de instellingsdocent), en door het uitvoeren van werkbegeleiderscursussen;
- het bevorderen van de continuïteit in de begeleiding, in het bijzonder bij studenten die een voorafgaande stage nog niet volledig hebben behaald.



### 3.11 VISIE OP ZELFSTURING

In het curriculum leren studenten op actieve wijze: er is iets zelf te sturen. Er zijn voldoende mogelijkheden om eigen accenten te leggen, eigen leerdoelen te stellen en te realiseren. In het curriculum neemt de sturing door de docent af naarmate de student verder in de opleiding komt en meer in staat is zelf leerdoelen te stellen en te realiseren. Opdrachten worden naarmate de opleiding vordert meer door de student zelf gedefinieerd.

Tegelijk is het van belang om de cognitieve belasting (*cognitive load*, zie: Van Merriënboer & Sweller, 2005; 2010) van de student niet onnodig te belasten door een gebrek aan structuur in de opdrachtformulering die de student moet uitvoeren. Hoewel deze beperkte structuur tot een toename van de zelfsturing van de student kan leiden, verhoogt de noodzaak zelf structuur in de opdracht en de opdrachtuitwerking aan te brengen de cognitieve belasting bij de student ten koste van de vakinhoudelijke inhoud van de opdrachtuitwerking. Bij dit dilemma heeft de opleiding ervoor gekozen om tijdens de hele opleiding met goed gestructureerde leer- en toetsopdrachten te blijven werken. De opleiding verwacht dat de student hierdoor in staat zal zijn tot verdere vakinhoudelijke diepgang te komen. Dit is bijvoorbeeld goed zichtbaar in de gestructureerde handleidingen binnen het afstudeerprogramma van de HBO-V.

### 3.12 FLEXIBILISERING VAN HET CURRICULUM

Onder vakgerichte flexibilisering van het onderwijs verstaat de HvA dat de studenten invloed kunnen uitoefenen op de samenstelling en het aanbod van curriculumonderdelen, op het tempo van de opleiding, dat er verschillende instroommomenten zijn, en dat het leerproces is afgestemd op voorkeuren, kennis, en ervaringen van de studenten (Van Teeffelen & MCDougal, 2016). Op grond van het karakter en de *body of knowledge and skills* van het verpleegkundig beroep, worden verschillende vormen van flexibilisering binnen het HBO-V-leerplan toegepast. Vanaf 2017-2018 worden enkele pilots met een flexibel onderwijsprogramma uitgevoerd. De blended learning-vormen die in deze pilots worden gebruikt, worden, waar passend, ook bij andere curriculumonderdelen gebruikt. Op grond van de resultaten van de pilots wordt het beleid ten aanzien van flexibilisering verder vormgegeven. De HBO-V volgt hiermee het instellingsplan: "De inhoud van het curriculum en/of de instructie wordt (voor een deel) web-based aangeboden, om studeren – tot op zekere hoogte – onafhankelijk van tijd of plaats mogelijk te maken. In de inrichting van het onderwijs en bij de keuze voor didactische werkvormen worden de (nieuwe) mogelijkheden van ICT en sociale media optimaal benut. Het ICT-beleid ondersteunt deze ontwikkeling" (HvA, instellingsplan, ZD, p.9).

### 3.13 LITERATUUR

Alexander PA, Schallert DL, Reynolds RE. What is learning anyway? A topographical perspective considered. *Educational Psychologist* 2009;44(3):176-92.

Andriessen D. Praktisch relevant én methodisch grondig? Dimensies van onderzoek in het HBO. Openbare les. Utrecht: Hogeschool Utrecht; 2014.

Brand-Gruwel S. Leren in een digitale wereld: uitdagingen voor het onderwijs. Oratie bij het aanvaarden van het ambt van hoogleraar Learning Sciences. Heerlen: Open Universiteit; 2012.

Bransford JD, Brown AL, Cocking RR, editors. How people learn. Washington DC: National Academy Press; 2000.

Bruijns V, Kayzel R, Morsch I, Ruis P. Leidraad voor studeerbaar en robuust onderwijs. Amsterdam: HvA; 2014.

Bruijns V, Kok M. Leidraad toetsen en beoordelen. Amsterdam: HvA; 2013.

De Best J, Dobber J, Latour C, Menting L. Competentieset van HBO-Verpleegkunde. 2<sup>de</sup> editie. Amsterdam: HvA-HBO-V; 2016.

Dochy F, Nickmans G. Competentiegericht opleiden en toetsen. Utrecht: Lemma; 2005.

Driessen E, Van Tartwijk J, Van den Vleuten C, Wass V. Portfolios in medical education: why do they meet with mixed success? A systematic review. *Medical Education* 2007;41:1224-33.

Hogeschool van Amsterdam. Competentiegericht Opleiden. Amsterdam: HvA; 2005.

Hogeschool van Amsterdam. Nieuwsgierige professionals. Instellingsplan 2015-2020. Amsterdam, HvA; ZD.

Janssen-Noordman AMB, Van Merriënboer JJG. Innovatief onderwijs ontwerpen. Via leertaken naar complexe vaardigheden. Groningen: Noordhoff; 2009.

Kahneman D. Thinking, fast and slow. London: Allen Lane/Penguin Books; 2011.

Kayzel R. Bouwstenen voor goed onderwijs. Interne ASHP-notitie. Amsterdam: HvA; 2009.

Kayzel R. Evaluatie van het ontwerp van de minoren. Interne ASHP-notitie. Amsterdam: HvA; 2010.

- Kinkhorst GF. Didactische ontwerpregels voor reflectieonderwijs. *Onderwijsinnovatie* 2010;(1):17-25.
- Kirschner PA, Sweller J, Clark RE. Why minimal guidance during instruction does not work: an analysis of the failure of constructivist, discovery, problem-based, experiential and inquiry-based teaching. *Educational Psychologist* 2006;41(2):75-86.
- Kirschner PA, Van Merriënboer JG. Do learners really know best? Urban legends in education. *Educational Psychologist* 2013;48(3):169-83.
- Lambregts J, Grotendorst A, Van Merwijk C, redactie. Bachelor Nursing 2020. Een toekomstbestendig opleidingsprofiel 4.0. Houten: BSL; 2015.
- Lester S, Costley C. Work based learning at higher education level: value, practice and critique. *Studies in Higher Education* 2010;35:561-75.
- Martens R, Boekaerts M. Motiveren van studenten in het hoger onderwijs. Groningen: Wolters-Noordhoff; 2007.
- Ministerie van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties. [wetten.overheid.nl/BWBR0030267/2011-08-01](https://wetten.overheid.nl/BWBR0030267/2011-08-01) (geraadpleegd 7 januari 2017)
- O2. HvA toetsbeleid. Visie, beleid en beleidsregels. Amsterdam, HvA; 2014.
- Ryan RM, Deci AL. Self-determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development, and well being. *American Psychologist* 2000;55:68-78.
- Sluismans D, Andriessen D, Sporken S, Dijkstra A, Vonk F. Goed beslissen over beroepsbekwaamheid in het hbo. *Onderwijsinnovatie* 2014;(3):17-26.
- Sluismans D, Peeters A, Lakobs L, Weijzen S. De kwaliteit van de toetsing onder de loep. *Onderwijsinnovatie* 2012;12:12-25.
- Thompson C, Yang H. Nurses' Decisions, Irreducible Uncertainty and Maximizing Nurses' Contribution to Patient Safety. *Healthcare Quarterly* 2009;12:e178-e185.
- Tillema H, Boot C. Competentiegericht beoordelen in het hoger beroepsonderwijs. Utrecht: Lemma; 2001.
- Van Berkel H, Bax A, Joosten-ten Brinke D. Toetsen in het hoger onderwijs. Houten: BSL; 2014.

Van Merriënboer JJG, Sweller J. Cognitive load theory and complex learning: recent developments and future directions. *Educational Psychology Review* 2005;17(2):147-77.

Van Merriënboer JJG, Sweller J. Cognitive load theory in health professional education: design principles and strategies. *Medical Education* 2010;44(1):85-93.

Van Tartwijk J, Driessen E, Van den Vleuten C, Stokking K. Factors influencing the successful introduction of portfolios. *Quality in Higher Education* 2007;13:69-79.

Van Teeffelen C, MCDougal F. Flexibilisering van het onderwijs. Een kwantitatief onderzoek naar de behoeften van HvA-studenten. Amsterdam: Ruigrok Netpanel; 2016.





# B PROGRAMMA- PERSPECTIEF

## 4 KADERS

### 4.1 WETGEVING

Voor de bacheloropleiding Verpleegkunde zijn met name de Wet op het hoger onderwijs en wetenschappelijk onderzoek (WHW), en de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (Wet BIG) van belang. Voor de inrichting van de bacheloropleiding geeft de WHW een aantal structuurvoorschriften, zoals de studielast (240 studiepunten, ofwel EC), de fasering in propedeuse met een oriënterende, een selecterende en een verwijzende functie, en een postpropedeuse. Deze wet regelt ook de positie van de examencommissie en de opleidingscommissie. Verder wordt bepaald dat er een onderwijs- en examenregeling (OER) moet zijn.

De Wet BIG regelt het verrichten van alle handelingen (waaronder voorbehouden handelingen) door daartoe overeenkomstig de wet gekwalificeerden, de wettelijke bescherming van beroepstitels zoals de titel 'verpleegkundige', en tuchtrechtspraak. In artikel 32 van de Wet BIG wordt ingegaan op de opleidingseisen aan verpleegkundigen, en in artikel 33 op het deskundigheidsgebied van verpleegkundigen. Dit deskundigheidsgebied wordt in twee ruime categorieën ingedeeld:

- a. het verrichten van handelingen op het gebied van observatie, begeleiding, verpleging en verzorging;
- b. het ingevolge opdracht van een beroepsbeoefenaar op het gebied van de individuele gezondheidszorg verrichten van handelingen in aansluiting op diagnostische en therapeutische werkzaamheden." (wetten.overheid.nl/BWBR0006251/2016-08-01 artikel 32)

Deze opleidingseisen zijn verder uitgewerkt in het aan artikel 32 en 33 van de Wet BIG gekoppelde Besluit opleidingseisen verpleegkundige 2011. In artikel 3 van dit Besluit is de eis geformuleerd dat het theoretisch onderwijs ten minste 1535 uur, en het praktisch onderwijs ten minste 2300 uur moet omvatten ([wetten.overheid.nl/BWBR0030267/2011-08-01](http://wetten.overheid.nl/BWBR0030267/2011-08-01)).

## 4.2 KWALITEITSKADERS

De Nederlands-Vlaamse accreditatieorganisatie (NVAO) beoordeelt de opleidingen in het hoger onderwijs op grond van het Beoordelingskader accreditatiestelsel hoger onderwijs Nederland 2016, dat vanaf 1 januari 2017 geldt ([www.nvao.net/beoordelingskaders/beoordelingskader-accreditatiestelsel-nederland-2016](http://www.nvao.net/beoordelingskaders/beoordelingskader-accreditatiestelsel-nederland-2016) geraadpleegd 7 januari 2017). Binnen het beoordelingskader is onderscheid gemaakt tussen de instellingstoets kwaliteitszorg en de opleidingsbeoordeling. Hieronder beperken wij ons tot de kaders van de opleidingsbeoordeling. Bij deze beoordeling worden vier kwaliteitsstandaarden getoetst (NVAO 2016, p.15-16):

- Standaard 1: “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.”. Hierbij verwijst ‘het niveau’ naar het Nederlands kwalificatieraamwerk (NLQF), en ‘de oriëntatie’ naar het hbo. Het ‘beroepenveld’ omvat zowel het regionaal, het landelijk, als het internationale beroepenveld. Ten slotte valt onder deze standaard de mate waarin de opleiding in overeenstemming is met relevante wet- en regelgeving.
- Standaard 2: “Het programma, de onderwijsleeromgeving en de kwaliteit van het docententeam maken het voor de instromende studenten mogelijk de beoogde leerresultaten te realiseren.”. Deze brede standaard omvat:
  - de vertaling van leerresultaten in leerdoelen;
  - de wijze waarop binnen het programma rekening wordt gehouden met de diversiteit van de toegelaten studenten;
  - de didactische en inhoudelijke deskundigheid van docenten;
  - de wijze waarop actieve deelname van de student aan het eigen leerproces bevorderd wordt;
  - de aanwezigheid en kwaliteit van opleidings specifieke voorzieningen.
- Standaard 3: “De opleiding beschikt over een adequaat systeem van toetsen.”. Hierbij gaat het om gewaarborgde valide, betrouwbare en voldoende onafhankelijke beoordelingen, vanuit (voor studenten) heldere eisen. Daarbij dient toetsing het eigen leerproces van de student te ondersteunen.
- Standaard 4: “De opleiding toont aan dat de beoogde leerresultaten zijn gerealiseerd.”. Dit betekent dat de uitkomsten van toetsen, eindwerken en het functioneren van afgestudeerden in de praktijk of in een vervolgopleiding aantonen dat deze leerresultaten inderdaad verworven zijn.

### 4.3 HET NIVEAU VAN DE OPLEIDING: HET NEDERLANDSE KWALIFICATIERAAMWERK (NLQF)

Het NLQF is de Nederlandse uitwerking van het Europees Kwalificatieraamwerk (EQF). Het NLQF beschrijft het niveau van alle Nederlandse onderwijssectoren in termen van leerresultaten op het gebied van context, kennis, vaardigheden en mate van zelfstandigheid en verantwoordelijkheid. Het NLQF omvat acht niveaus, waarbij niveau 1 (basiseducatie) het laagste en niveau 8 (doctoraat) het hoogste niveau is. NLQF-niveau 6 omschrijft het bachelorniveau (voor de beschrijving van NLQF-niveau 6: zie bijlage 3).

### 4.4 HET NIVEAU VAN DE OPLEIDING: DE DUBLIN-DESCRIPTOREN

Het bachelorniveau wordt ook beschreven via de Dublin-descriptoren, in combinatie met de standaard van de professionele bachelor. Beide zijn verwerkt in het opleidingsprofiel en in de opleidingscompetenties (bijlage 1).

### 4.5 HVA-KADERS

In het Instellingsplan 'Nieuwsgierige professionals' (HvA, 2015 tot 2020) staan de ambities kwaliteit van onderwijs en studiesucces centraal. De HvA heeft ervoor gekozen om de ingezette koers van het Instellingsplan 'Oog voor Talent' (HvA, 2011 tot 2014) voort te zetten en benoemt hierin 12 prioriteiten (programma's) op het terrein van onderwijs, onderzoek en organisatie. Met het Instellingsplan is voor de faculteit Gezondheid en dus de HBO-V de koers bepaald tot 2020. De agenda en de ambities zoals deze in het Instellingsplan zijn vastgelegd zijn per faculteit uitgewerkt in de faculteitsconvenanten. In het convenant maken college van bestuur en de decaan van de faculteit Gezondheid afspraken over de bijdrage van de faculteit aan de realisatie van de *key performance indicators (kpi)*, doelstellingen en thema's van het Instellingsplan. In het meerjarige faculteitsplan zet de faculteit Gezondheid onder andere (meer in detail) uiteen hoe de in het convenant afgesproken resultaten worden bereikt.

Een aantal van deze bovengenoemde prioriteiten (programma's) zijn onder andere:

- studenttevredenheid;
- studeerbaarheid en robuust onderwijs;
- flexibilisering;
- onderwijs en onderzoek;
- professionalisering;
- bijzondere programma's.



Het project Verduurzaming bijzondere programma's van de HvA (Terwindt et al., 2014) is hier een goed voorbeeld van. Het project is een van de drie projecten, gericht op studeerbaar en robuust onderwijs, en heeft als doel de beheersbaarheid en toekomstbestendigheid van bijzondere programma's te bevorderen. Het project geeft de kaders aan voor de opleiding en staat op de strategische agenda van de opleiding.

#### 4.6 HET BEROEPSPROFIEL EN HET OPLEIDINGSPROFIEL

Het Beroepsprofiel verpleegkundige (Schuurmans et al., 2012) beschrijft de verpleegkundige beroepsinhoud en de competentiegebieden van de verpleegkundige in 2020. Hiermee geeft dit profiel sterk richting aan de inhoud van de bacheloropleiding Verpleegkunde. Een belangrijk element in het beroepsprofiel is de kijk op verpleegkunde, waarin zelfmanagement, klinisch redeneren en preventie een prominente plaats toebedeeld hebben gekregen. In het opleidingsprofiel Bachelor Nursing 2020 (Lambregts et al., 2015) zijn de competentiegebieden uit het beroepsprofiel uitgewerkt in landelijke opleidingscompetenties. In dit profiel wordt ook het toegenomen belang van de eerstelijnsgezondheidszorg zichtbaar, en wordt nadruk gelegd op het onderzoekend vermogen en reflectie. De competenties in het opleidingsprofiel vormen, aangevuld met een competentie over interprofessioneel samenwerken en een competentie over ethiek, het competentieprofiel van de HBO-V van de HvA (zie bijlage 1 voor de opleidingscompetenties).

#### 4.7 LITERATUUR

HvA. Oog voor talent. Instellingsplan 2011-2014. Amsterdam: HvA; 2011.

HvA. Nieuwsgierige professionals. Instellingsplan 2015-2020. Amsterdam: HvA; ZD.

Lambregts J, Grotendorst A, Van Merwijk C, redactie. Bachelor Nursing 2020. Een toekomstbestendig opleidingsprofiel 4.0. Houten: BSL; 2015.

Ministerie van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties. [wetten.overheid.nl/BWBR0006251/2016-08-01](https://wetten.overheid.nl/BWBR0006251/2016-08-01) (geraadpleegd 7 januari 2017)

Ministerie van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties.

[wetten.overheid.nl/BWBR0030267/2011-08-01](https://wetten.overheid.nl/BWBR0030267/2011-08-01) (geraadpleegd 7 januari 2017)

Nationaal coördinatiepunt NLQF. [www.nlqf.nl](http://www.nlqf.nl) (geraadpleegd 7 januari 2017)

NVAO. Beoordelingskader accreditatiestelsel hoger onderwijs Nederland. Den Haag: NVAO; 2016.  
[https://www.nvao.net/system/files/procedures/Beoordelingskader%20accreditatiestelsel%20hoger%20onderwijs%20Nederland%202016\\_0.pdf](https://www.nvao.net/system/files/procedures/Beoordelingskader%20accreditatiestelsel%20hoger%20onderwijs%20Nederland%202016_0.pdf) (geraadpleegd 7 januari 2017)

Schuurmans M, Lambregts J, Projectgroep V&V2020, Grotendorst A. Beroepsprofiel verpleegkundige. ZP: V&V2020; 2012. [www.venvn.nl/portals/1/nieuws/ouder%20dan%202010/3\\_profiel%20verpleegkundige\\_def.pdf](http://www.venvn.nl/portals/1/nieuws/ouder%20dan%202010/3_profiel%20verpleegkundige_def.pdf)

Terwindt S, Makumbe C, Nieweg M, Van Nynatten I, Piet M, Savage L. Verduurzaming bijzondere programma's in de HvA. Naar grensverleggend en profilerend studeren. Amsterdam: HvA; 2014.

# 5 DE OPLEIDINGS- COMPETENTIES, HET EINDNIVEAU VAN DE OPLEIDING, DE HBO- BACHELOR STANDAARD

## 5.1 DE OPLEIDINGSCOMPETENTIES

Het competentieprofiel van de opleiding omvat 18 competenties, en is geordend via de zeven CanMEDS-beroepsrollen (Frank, 2005): zorgverlener, communicator, samenwerker, reflectieve EBP-professional, gezondheidsbevorderaar, organisator, professional en kwaliteitsbevorderaar (De Best et al., 2016).

Deze competentieset met de beroepscompetenties van de hbo-verpleegkundige is gebaseerd op het opleidingsprofiel BN2020 (Lambregts et al., 2015). De competenties die in dit profiel beschreven staan, zijn onverkort in onze competentieset overgenomen. Daarnaast zijn er twee competenties toegevoegd die de HBO-V van de HvA belangrijk vindt, en die niet, of slechts beperkt, in de BN2020-competenties verwerkt zijn. Een van deze competenties is op het interprofessioneel samenwerken gericht (competentie 6a), de andere competentie stelt ethisch handelen centraal (competentie 9a). De volledige competentieset is opgenomen in bijlage 1.

De competenties zijn meetbaar gemaakt door elke competentie te voorzien van indicatoren. Deze indicatoren zijn gebaseerd op de competentiebeschrijvingen in het Opleidingsprofiel BN2020, en op de indicatoren uit de vorige competentieset van de HBO-V van de HvA (Latour & Dobber, 2013). Overigens, de beschreven indicatoren zijn voorbeelden van het type gedrag dat onder de betreffende competentie valt, de indicatoren zijn dus niet uitputtend beschreven. Afhankelijk van de (stage)situatie kunnen de beschreven indicatoren al dan niet relevant zijn. Het kan ook voorkomen dat de student in stagesituaties functioneert die niet in de indicatoren beschreven worden. In dat geval kunnen de wel beschreven indicatoren helpen om te bepalen bij welke competentie dit functioneren het best te plaatsen is.

## 5.2 HET EINDNIVEAU VAN DE OPLEIDING

Het eindniveau van de opleiding wordt bepaald door het hoogste complexiteitsniveau van de opleidingscompetenties. Dit betekent dat de competenties waarbij het accent op zorgverlening ligt, aangetoond moeten worden in hoogcomplexere zorgsituaties; indien het accent van de competentie op de context ligt, moet de competentie aangetoond worden in een hoogcomplexere context. Bij competenties met het accent op redeneren moet de competentie aangetoond worden door iets te ontwerpen: via creatief denken voor niet-standaardsituaties een eigen oplossing bedenken en verantwoorden. Zowel de complexiteit van zorg, als de complexiteit van de context en de complexiteit van redeneren is gedefinieerd in een eindniveau en twee tussenniveaus (zie bijlage 1).

Het eindniveau wordt aangetoond binnen het afstudeerprogramma van de opleiding (Sluismans et al., 2014). Dit afstudeerprogramma weerspiegelt de eisen die aan een beroepsbekwame afstuderende student gesteld worden. Deze eisen zijn verwerkt in de competentieset van de opleiding, en concentreert zich in het afstudeerprogramma op vaardigheid in de praktijk, vaardigheid in EBP en klinisch redeneren, en vaardigheid in zorgverbetering in het primaire proces (zie ook Andriessen et al., 2017). De inhoud van het afstudeerprogramma is in het vierde jaar geïntegreerd zichtbaar in het doorlopen van een afstudeerstage, het uitvoeren van een implementatieopdracht in de stagepraktijk, het uitvoeren van een literatuurstudie en een *case study*, en het uitvoeren van een kritische reflectie. Hiermee toont de student het individueel eindniveau van haar/zijn opleiding aan en laat blijken (1) een handelingsbekwame verpleegkundige te zijn, (2) complexe zorgverlening te kunnen onderbouwen met klinisch redeneren, op basis van diepgaande achtergrondkennis en het beste wetenschappelijke bewijs, (3) de kwaliteit van de zorgverlening doelgericht en structureel te kunnen verbeteren. Daarnaast (4) laat de student zien in staat te zijn tot kritische reflectie over de eigen kennisbasis en het eigen handelen. Voor elke competentie is bepaald in welk van de afstudeerwerken het eindniveau van deze competentie aangetoond kan worden (zie bijlage 2).

## 5.3 HBO-BACHELOR STANDAARD

De HBO-raad heeft in aanvulling op de hbo-kernkwalificaties een standaard van de professionele bachelor opgesteld (2009). De standaard houdt in dat elke hbo-bacheloropleiding er zorg voor dient te dragen dat elke student:

- een gedegen theoretische basis krijgt;
- onderzoekend vermogen verwerft;
- over voldoende professioneel vakmanschap beschikt;
- en beroepsethiek ontwikkelt en zich maatschappelijke oriënteert.

De opleiding heeft de vier componenten van deze standaard in haar curriculum verwerkt.

### 5.3.1 STEVIGE KENNISBASIS

Een gedegen theoretische kennisbasis vormt samen met een stevige basis van beroepsvaardigheden het fundament onder het beroepsmatig op bachelorniveau en met voldoende diepgang kunnen functioneren van de hbo-verpleegkundige. In de eerste anderhalf jaar van de opleiding ligt de nadruk sterk op het verwerven van deze kennis- en vaardighedenbasis. Daarbij worden de basisvakken anatomie, fysiologie en pathologie geïntegreerd aangeboden onder de naam Medische Kennis. Ook medicijnleer, psychopathologie en psychologie maken deel uit van deze kennisbasis. Daarnaast wordt veel aandacht besteed aan het toepassen van deze kennis binnen de context van het verpleegkundig beroep: het klinisch redeneren. Ook de beroepsvaardigheden vormen een belangrijk onderdeel van het curriculum. Hierbij gaat het om vaardigheden als het uitvoeren van verpleegtechnische vaardigheden, communicatieve vaardigheden en evidence-based practice.

### 5.3.2 ONDERZOEKENDE HOUDING, ONDERZOEKEND VERMOGEN EN ONDERZOEKS- INTEGRITEIT

Van hbo-verpleegkundigen wordt verwacht dat ze zich bewust zijn van het feit dat de wereld om hen heen constant verandert. Als gevolg hiervan moeten zij in staat zijn hun vakkennis op peil te houden en hun handelen aan te passen aan nieuwe kennis en veranderende inzichten. Dit betekent dat ze in de context van het beroep Verpleegkunde keuzes kunnen maken die gebaseerd zijn op actuele, internationale wetenschappelijke kennis en inzichten. Dit vraagt een onderzoekende houding: nieuwsgierig, kritisch, analytisch en veranderingsbereid. Naast een onderzoekende houding moeten de hbo-verpleegkundigen in staat zijn vakkennis op peil te houden en het handelen aan te passen aan nieuwe kennis en veranderende inzichten. De opleiding Verpleegkunde besteedt daarom veel aandacht aan klinisch redeneren, EBP en de daarbij behorende methoden en technieken. Daarbij is de opleiding van mening dat EBP een component van het klinisch redeneren moet zijn. De klinische redenering over de individuele patiënt, waarbij verschillende gegevensbronnen betrokken en afgewogen worden, is de basis van een goed besluit over de individuele patiëntenzorg. De opleiding kan zich hierbij goed vinden in het advies van de Raad voor Volksgezondheid en Samenleving (2017). Onderzoeksintegriteit is onderdeel van de afstudeerfase en van het aan onderzoeksgebonden onderwijs (ACHIEVE, 2016).

Bovengenoemde uitgangspunten komen met name zichtbaar terug in de afstudeerfase van de student, maar al vanaf de propedeuse wordt hieraan aandacht besteed. De leerlijn met klinisch redeneren, EBP en beroepsgericht schrijven loopt vanaf de propedeuse tot het afstuderen. In de afstudeerstage leert de student het verpleegkundig beroep zelfstandig uit te oefenen op het niveau van een beginnende hbo-verpleegkundige. De student loopt stage bij een patiëntencategorie die zij/hij niet eerder heeft verpleegd. Dat vereist dat de student (voortbouwend op de kennis, vaardigheden en ervaring uit eerdere stages) de medische,

psychiatrische en psychosociale problematiek moet inventariseren en prioriteren, kennis moet opdoen over de onderliggende pathologische processen en moet onderzoeken hoe deze het meest effectief beïnvloed kunnen worden. De student moet dus vanaf de start van de stage vanuit een onderzoekende houding aan de slag: observeren, vragen stellen, achtergrondliteratuur bestuderen, observaties en opvattingen bespreken, enzovoorts. Vanaf het begin van de stage zien de werkbegeleiders en de stagedocent erop toe dat de student deze kennis en vaardigheden gebruikt in de uitvoering van (naarmate de stage vordert) steeds complexere patiëntenzorg. Ook moet de student zichtbaar participeren in de multidisciplinaire samenwerking.

De gevraagde onderzoekende houding van de student is niet alleen op zorginhoudelijk niveau vereist, maar ook op de andere kerngebieden binnen het verpleegkundig beroep. Als de student niet vanaf het begin van de stage onderzoekt welke communicatie (inhoud en vorm) en welke samenwerking nodig is, loopt de student achterstand op. Verder wordt binnen deze stage de student aangestuurd om ten minste één moreel dilemma te onderzoeken. De student zet enkele stappen in klinisch leiderschap door in het laatste deel van de stage een proactieve houding, kennis van zaken, en het op zich nemen van verantwoordelijkheid te tonen. Kortom: de student werkt op onderzoekende wijze aan het actualiseren van zijn/haar eigen kennis die het mogelijk maakt om binnen de context van de stage op hbo-niveau te participeren in de multidisciplinaire zorgverlening aan complexe patiënten.

In de verpleegkundige zorg voor complexe patiënten die studenten in hun stage uitvoeren, wordt een groot beroep gedaan op het vermogen tot klinisch redeneren. Op grond van klinische redeneringen over de diagnose, etiologie, prognose en therapie voor de patiënt, neemt de student het beste besluit over een voorliggende klinische onzekerheid. Goede klinische redeneringen zijn mede gebaseerd op het beste beschikbare wetenschappelijke bewijs. Dit vraagt van de student de vaardigheid om relevante wetenschappelijke artikelen te identificeren, deze kritisch te lezen, en te beoordelen of de onderzoeksresultaten geschikt zijn voor gebruik in de eigen stagepraktijk. De student werkt vanaf de propedeuse aan de complexe cognitieve vaardigheden klinisch redeneren, EBP en de integratie van beide. In het vierde opleidingsjaar komt het eindniveau tot uiting in de implementatieopdracht, de literatuurstudie, en de case study, onderdelen waarmee de student in de voorafgaande jaren, op een lager complexiteitsniveau, al geoefend heeft. Voor de implementatieopdracht formuleert de student op grond van de ervaringen binnen de afstudeerstage een voorstel tot een beperkte en afgebakende kwaliteitsverbetering in de directe patiëntenzorg. Daartoe werkt de student aan "een procesmatige en planmatige invoering van een verbetering *van bewezen waarde* met als doel deze een *structurele plaats te geven in het beroepsmatig handelen* van de verpleegkundigen." (Grol en Wensing, 2011; p.32). De literatuurstudie en de case study zijn aan elkaar gekoppeld. De student selecteert tijdens de afstudeerstage een complexe patiënt over wiens zorg de student zich afvraagt of de geboden zorg daadwerkelijk de optimaal haalbare zorg is. Voor de case study werkt de student een vraagstelling en een onderzoeksmethode uit. Deze wordt systematisch

beschreven in de case study, waaruit de vaardigheid om kennis uit onderzoek toe te passen in de eigen stagepraktijk moet blijken. De vaardigheid om relevante wetenschappelijke artikelen te identificeren, kritisch te lezen en de geschiktheid van de onderzoeksresultaten voor de eigen stagepraktijk te beoordelen, zijn hierbij essentieel. Daarom voert de student voorafgaand aan de case study een literatuurstudie uit om het antwoord op de vraag van de case study met systematisch verworven en beoordeelde wetenschappelijke literatuur te kunnen onderbouwen. Nadat de student de literatuurstudie heeft uitgevoerd en in artikelvorm heeft gerapporteerd, integreert zij/hij de belangrijkste resultaten in de case study.

Naast een onderzoekende houding en het onderzoekende vermogen moet de student kennis hebben van onderzoeksintegriteit, en daarnaar handelen. De opleiding Verpleegkunde sluit aan bij de Integriteitscode van de Hogeschool van Amsterdam (HvA, 2010), waarin wordt aangegeven welk gedrag of activiteit wel of niet toelaatbaar wordt geacht, dan wel welke situaties dienen te worden vermeden. Aanvullend op de Integriteitscode is de Gedragscode praktijkgericht onderzoek (HvA, 2011) relevant. In deze gedragscode staan regels opgesteld voor verantwoord gedrag van studenten en medewerkers, specifiek tijdens de uitvoering van praktijkgericht onderzoek. De gedragscode omvat vijf algemene gedragsregels, namelijk (a) het dienen van het professionele en maatschappelijke belang, (b) respectvol handelen, (c) zorgvuldig handelen, (d) integer handelen en (e) het verantwoorden van keuzes en gedrag.

Een belangrijk aspect binnen het onderzoekend vermogen van de student is de vaardigheid tot reflectie. Tijdens de stage, bij de implementatie-opdracht, de literatuurstudie en de case study, kijkt de student terug op het eigen handelen, signaleert wat er goed en minder goed ging en probeert dat te verklaren vanuit de kennisbasis van de hbo-verpleegkundige. Daarbij onderzoekt de student op welke wijze zij/hij in diezelfde kennisbasis uitgangspunten kan vinden voor een betere aanpak (Andriessen en Greve, 2014: p.38). De student wordt expliciet gevraagd op verschillende momenten een reflectie uit te voeren en deze voor anderen schriftelijk inzichtelijk te maken.

### 5.3.3 PROFESSIONEEL VAKMANSCHAP

Via de combinatie van binnenschools- en buitenschools leren verwerft de student steeds meer de rol van verpleegkundige professional. In de eerste stage van de opleiding, in de propedeuse, ligt het accent op oriëntatie op het beroep, en op de eigen geschiktheid voor dit beroep als zorgverlener en samenwerker. Dit accent verschuift gedurende de jaarlijkse stages naar de rol van beginnend verpleegkundig beroepsbeoefenaar in de afstudeerstage.

### 5.3.4 BEROEPSETHIEK EN MAATSCHAPPELIJKE ORIËNTATIE

Ethisch redeneren, moreel handelen en maatschappelijke oriëntatie zijn per definitie onlosmakelijk verbonden met het beroep van verpleegkundige. Misschien geldt dit nog sterker voor verpleegkundigen die hun beroep uitoefenen in een grote stad als Amsterdam, waar de

maatschappelijke problemen van patiënten veelal dagelijks onderdeel van de zorgverlening zijn. In de competentieset van de verpleegkundige is deze maatschappelijke en ethische beroepscomponent in ongeveer de helft van de opleidingscompetenties herkenbaar.

#### 5.4 ACHIEVE

Amsterdam Centre for Innovative Health Practice (ACHIEVE) is het kenniscentrum van de Faculteit Gezondheid. ACHIEVE initieert, stimuleert en faciliteert praktijkgericht onderzoek. Dit betekent dat de vraagstellingen worden ingegeven door de beroepspraktijk en de gegenereerde kennis vervolgens weer bijdraagt aan het oplossen van vraagstellingen uit deze beroepspraktijk. Ook kan de verworven kennis bijdragen aan de ontwikkeling van de beroepspraktijk. Het kenniscentrum streeft voortdurend naar kruisbestuiving tussen het onderzoek, het onderwijs en de praktijk. Deze kruisbestuiving uit zich door (a) het onderzoek zoveel mogelijk uit te voeren samen met de beroepspraktijk, zodat onderzoeksvragen vanuit de praktijk worden gesignaleerd, (b) onderzoeksresultaten te delen met de beroepspraktijk en samen zorg te dragen voor de implementatie, (c) overdracht van kennis naar de initiële bachelor en masteropleidingen, (d) promotieonderzoek van docent-onderzoekers van de opleiding, dat veelal wordt begeleid door de lector/opleidingsmanager of het hoofd onderzoek van de opleiding, en (e) het aanleren van onderzoeksvaardigheden, onderzoeksintegriteit en een onderzoekende houding bij studenten en docenten. Naast de hierboven geschetste trias academica, is ook interdisciplinaire samenwerking een belangrijk uitgangspunt van ACHIEVE (ACHIEVE, 2016).

De activiteiten van ACHIEVE dragen bij aan de ontwikkeling van verschillende competenties bij de student. In de rol als *reflectieve EBP-professional* leert de student te handelen vanuit een continu aanwezig onderzoekend vermogen (competentie 7), continu te werken aan de bevordering van eigen deskundigheid, de deskundigheid van collega's en de ontwikkeling van het beroep (competentie 8). Daarnaast vragen wij van de student voortdurend kritische te reflecteren op eigen handelen (competentie 9). In de rol als *professional en kwaliteitsbevorderaar* leert de student structureel bij te dragen aan kwaliteitsverbetering (competentie 14) en de zorg te onderbouwen (competentie 15).

De professionals verbonden aan ACHIEVE bevorderen deze competenties direct door hun inzet als docenten in het onderwijs, dan wel indirect door deskundigheidsbevordering van collega-docenten. Daarnaast wordt voortdurend gezocht naar mogelijkheden voor studenten en docenten om input te geven aan (potentiële) onderzoeksvoorstellen en te participeren in onderzoek.



## 5.5 LITERATUUR

ACHIEVE. Strategische notitie ACHIEVE 2016-2020. Amsterdam: HvA-faculteit Gezondheid; 2016.

Andriessen D, Greve D. Praktijkgericht onderzoek in beroepsonderwijs. In: Andriessen D. Praktisch relevant én methodisch grondig? Dimensies van onderzoek in het hbo. Openbare les. Utrecht: Hogeschool Utrecht; 2014.

Andriessen D, Sluismans D, Snel M, Jacobs A. Protocol verbeteren en verantwoorden van afstuderen in het hbo 2.0. Den Haag: Vereniging Hogescholen; 2017.

De Best J, Dobber J, Latour C, Menting M. Competentieset van HBO-Verpleegkunde. 2<sup>de</sup> editie. Amsterdam: HvA-HBO-V; 2016.

Frank JR, editor. The CanMEDS 2005 physician competency framework. Ottawa: The Royal College of Physicians and Surgeons of Canada; 2005.

Grol R, Wensing M, redactie. Implementatie. Effectieve verbeteringen van patiëntenzorg. 4<sup>de</sup> druk. Amsterdam: Reed Business; 2011.

HBO-raad. Kwaliteit als opdracht. Den Haag: HBO-raad; 2009.

HvA. Integriteitscode van de Hogeschool van Amsterdam. Amsterdam: HvA; 2010.

HvA. Gedragscode praktijkgericht onderzoek. Amsterdam: HvA-Stafafdeling Onderwijs en Onderzoek; 2011.

Lambregts J, Grotendorst A, Van Merwijk C, redactie. Bachelor Nursing 2020. Een toekomstbestendig opleidingsprofiel 4.0. Houten: BSL; 2015.

Latour C, Dobber J. CanMEDS Competentieset van HBO-Verpleegkunde. Amsterdam: Hogeschool van Amsterdam; 2013.

Raad voor Volksgezondheid en Samenleving. Zonder context geen bewijs. Over de illusie van evidence-based practice in de zorg. Den Haag: RVS; 2017.

Sluismans D, Andriessen D, Sporken S, Dijkstra A, Vonk F. Goed beslissen over beroepsbekwaamheid in het hbo. *Onderwijsinnovatie* 2014;(3):17-26.

# 6 ACCENTEN BINNEN HET ONDERWIJSPROGRAMMA

## 6.1 INLEIDING

De HBO-V legt binnen het curriculum enkele accenten waarmee de opleiding zich onderscheidt van andere opleidingen. Hieronder worden deze accenten genoemd en toegelicht.

## 6.2 COMPLEX CARE: KLINISCH REDENEREN EN EBP

Klinisch redeneren is een vaardigheid die in toenemende mate het hart van onze opleiding vormt. Dat is niet vreemd, in het Beroepsprofiel Verpleegkundige wordt klinisch redeneren als basis van de verpleegkundige zorg beschouwd. Daarbij wordt de volgende definitie van klinisch redeneren gegeven: "Klinisch redeneren is het continue proces van gegevensverzameling en analyse gericht op de vragen en problemen van een individu en diens naasten, in relatie tot ziekte en gezondheid." (Schuurmans et al., 2012, p.16).

Het doel van een klinische redenering is tot het beste besluit te komen over de zorg aan de individuele patiënt. De beslissingen die het resultaat van de klinische redeneringen zijn, vormen een belangrijke bepaler van de mate waarin de patiënt optimale verpleegkundige zorg krijgt. Klinisch redeneren beschouwen wij dan ook als kernvaardigheid binnen het verpleegkundig beroep. Door de complexiteit van deze cognitieve vaardigheid is het voor beginnende studenten niet eenvoudig om te leren klinisch redeneren.

Binnen onze opleiding zijn we al jarenlang intensief bezig onze grip op het leren van klinisch redeneren te vergroten. Onze kennis op dit gebied heeft geleid tot een inhoudelijk en onderwijskundig klinisch-redeneren-programma dat als trendsettend kan worden beschouwd. In het navolgende wordt deze stellingname onderbouwd door eerst in te gaan op de relevantie van klinisch redeneren voor het verpleegkundig beroep, daarna wordt de wijze waarop wij klinisch redeneren inhoudelijk en onderwijskundig hebben vormgegeven geconcretiseerd. Ten slotte gaan we in op het onderscheidende karakter van ons klinisch-redeneren-programma ten opzichte van de andere opleidingen.

### 6.2.1 RELEVANTIE VOOR HET BEROEP

Verpleegkundigen nemen tijdens hun werk voortdurend besluiten. Thompson & Yang (2009) stellen dat de hoeveelheid beslissingen door verpleegkundigen sterk samenhangt met de ervaren complexiteit van de klinische praktijk. Zij benadrukken dat het aantal beslissingen door verpleegkundigen mede afhangt van de functie en werksetting van de verpleegkundige, en noemen een gemiddelde van één beslissing per tien minuten in de acute zorgverlening. De toenemende complexiteit van zorgsituaties waarin hbo-verpleegkundigen betrokken zijn, leidt naar verwachting ook tot een toename van situaties waarin complexe besluiten genomen moeten worden.

In de beroepspraktijk is er veelal een impliciete presentatie van de beslistaken waarvoor de verpleegkundige komt te staan. De verpleegkundige bevindt zich in een patiëntensituatie waarin zij zelf moet herkennen *dat* de situatie om een besluit vraagt, en om *welk* besluit (of besluiten) de situatie vraagt. Hiertoe moet de verpleegkundige zich de goede vragen stellen, waarbij de antwoorden leiden tot optimale besluiten. Wat de goede vragen zijn, hangt sterk af van de aard van het probleem waarmee de verpleegkundige geconfronteerd wordt. Adequaat klinisch redeneren vereist dus vermogen tot probleemherkenning en probleemanalyse.

De complexiteit van de moderne gezondheidszorg vraagt dat verpleegkundigen deze redematies zowel kunnen uitvoeren binnen het verpleegkundig domein, als binnen gebieden waarover een andere discipline de professionele verantwoordelijkheid heeft. In het eerste geval is er sprake van autonoom verpleegkundig handelen, terwijl de verpleegkundige in het laatste geval participeert in het beroepsdomein van andere disciplines. Juist de verpleegkundige is immers in de positie om veelvuldig en doelgericht te kunnen observeren, met de patiënt en diens naasten te kunnen communiceren, de gezondheidstoestand van de patiënt te monitoren, en daardoor vroegtijdig potentiële gezondheidsproblemen te signaleren. Daarnaast kan de verpleegkundige via interventies het functioneren van de patiënt ondersteunen en bijdragen aan de behandeling van andere disciplines. Met andere woorden, klinisch redeneren is alleen mogelijk indien dit samengaat met andere vaardigheden, en gebaseerd is op diepgaande vakkennis. Binnen onze opleiding zien we vakinhoudelijke achtergrondkennis (zoals anatomie, fysiologie, pathologie, psychologie, psychopathologie) dan ook als voorwaarde voor klinisch redeneren.

Bij het leren van de kennis uit deze vakgebieden wordt steeds de koppeling van de kennis aan de klinisch-redeneervaardigheid gemaakt, zodat de student in staat is tot transfer en tot goed gebruik van de kennis in haar klinische redeningen in de stages en de verpleegkundige beroepsuitoefening. De aard van de besluiten vereist dat de verpleegkundige niet alleen over achtergrondkennis beschikt, maar ook over voorgrondkennis. Door de voortdurende wetenschappelijke kennisontwikkeling, verandert voorgrondkennis relatief snel. Daarom beschouwen wij vaardigheid in de methode van evidence-based practice (EBP) als een vereiste bij het klinisch redeneren in complexe zorgsituaties. EBP en klinisch redeneren gaan als het ware hand in hand, waarbij EBP een essentiële component is van de klinische redenering. Dit betekent dat de verpleegkundige, naast het klinisch redeneren in acute situaties, ook klinische

onzekerheden moet herkennen waarvoor een systematische literatuurzoekactie vereist is, die eventueel op een later moment uitgevoerd kan worden. Het blijft daarbij belangrijk om deze evidence in het perspectief van de individuele patiënt en diens context te zien: juist dit is de essentie van het klinisch redeneren (zie ook RVS, 2017).

#### 6.2.2 CONCRETISERING VAN KLINISCH REDENEREN BINNEN HET LEERPLAN

In het Opleidingsprofiel Bachelor Nursing 2020 (Lambregts et al., 2015) zijn de eindkwalificaties voor de opleidingen HBO-Verpleegkunde beschreven. Voor klinisch redeneren zijn twee competenties met name van belang.

– Competentie 1:

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

– Competentie 7:

De verpleegkundige handelt vanuit een continu aanwezig onderzoekend vermogen, leidend tot reflectie, evidence-based practice en innovatie van de beroepspraktijk.

Klinisch redeneren komt frequent in het opleidingsprogramma terug, in elk opleidingsjaar is een cursus Klinisch redeneren opgenomen. De inhoud en vormgeving van het Klinisch redeneren-programma is in nauwe samenhang met gerelateerde kennisgebieden vormgegeven. Medische kennis en Psychopathologie zijn zo vormgegeven dat ze de transfer van deze vakkennis naar klinisch redeneren bevorderen; dit geldt in mindere mate voor Psychologie. De EBP-cursussen bieden de context van de noodzaak tot redeneervaardigheden voor gezondheidsprofessionals en de rol van goede informatie en informatieverwerking hierbij (EBP1), introduceren de methode van evidence-based practice (EBP1) en trainen de studenten in deze methode (EBP2 t/m 4). EBP staat daarmee ten dienste aan het klinisch redeneren. Binnen het onderwijs in Klinisch redeneren wordt gebruik gemaakt van het ICF-model (International Classification of Functioning, Disability and Health); dit ondersteunt het binnen denkkaders redeneren over de patiënt. Daarnaast maken we in het klinisch redeneren onderscheid tussen het autonoom en het participatief verpleegkundig handelen, en de gevolgen hiervan voor het redeneren en beslissen door de verpleegkundige.

Omdat klinisch redeneren een cognitief proces is, is de kwaliteit van de redenering moeilijk te meten. In de beroepspraktijk komt de redenering in begeleidingsgesprekken met de student ter sprake, maar voor veel redeneringen geldt dat het besluit (de uitkomst dus van de redenering) het enige zichtbare aspect is. Om deze reden hebben we ervoor gekozen het klinisch redeneren te toetsen via een case study. Door de schriftelijke opbouw en uitwerking van een klinische redenering over een patiënt, komt het als toetsvorm zo dicht bij de authentieke beroepspraktijk als in een onderwijssituatie mogelijk is. Deze belangrijke competentie wordt op eindniveau

getoetst via de case study met voorafgaande literatuurstudie, beide zijn afstudeeronderdelen. In het voltijdprogramma en het GGZ-duaalprogramma wordt ook een tussenniveau van klinisch redeneren via een case study getoetst (in jaar 2, respectievelijk jaar 3).

### 6.2.3 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.

#### 6.2.3.1 *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 waar de verpleegkundige voor staat, en waar zij een besluit over 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 (Hammond et al., 1987; Kahneman, 2011).

(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.

### 6.2.3.2 *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 study<sup>1</sup>. 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.

---

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.

(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 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.

#### 6.2.4 VERDERE DIDACTIEKONTWIKKELING KLINISCH REDENEREN

De HBO-V neemt zich voor om de didactiek van het klinisch redeneren de komende periode verder te ontwikkelen. Daarbij zal de aandacht uitgaan naar de volgende aspecten:

- klinisch redeneren als *threshold concept*: het concept 'klinisch redeneren' is een voor studenten ingewikkeld concept, dat, als ze het begrijpen, toegang biedt tot begrip van een kernaspect van het verpleegkundig beroep. Door didactiek te ontwikkelen die aansluit bij threshold concepten, kunnen studenten beter ondersteund worden in het zich eigen maken van klinisch redeneren;
- ontwikkeling van 'ziektescrpts' bij studenten: ziektescripts dragen sterk bij aan het ontwikkelen van klinisch redeneervaardigheden. Studenten ontwikkelen deze ziektescripts veelal pas aan het einde van hun opleiding. Mogelijk kan er vakdidactiek ontwikkeld worden om het denken in, en ontwikkelen van ziektescripts te vervroegen;
- redeneerschema's als leermiddel: binnen de didactiek van klinisch redeneren zouden expliciete schriftelijke redeneerschema's kunnen bijdragen aan het leren klinisch redeneren.

### 6.3 REFLECTIE

De HBO-V gaat uit van de definitie van reflecteren van Kinkhorst (2010, p.19):

"Reflectie is het onderzoek van praktijkervaringen naar het handelen en de onderliggende oordeelsvorming met als doelen: a) eigen en collectieve vakkennis te ontwikkelen (methodiekreflectie), en b) meer regie over het eigen handelen te krijgen door inzicht en meer keuzes (zelfreflectie)." In deze paragraaf wordt met 'reflectie' steeds 'zelfreflectie' bedoeld. In de afgelopen jaren heeft de HBO-V de reflectiedefinitie van Andriessen & Greve (2014, p.38) gebruikt. De opleiding constateerde echter dat dit de student meer stuurt naar evalueren en

*single loop* leren dan naar reflecteren en *double loop* leren. De hieronder volgende toelichting op evalueren en reflecteren is gebaseerd op Kinkhorst (2010).

Bij evaluatie beperkt het onderzoeken zich tot het handelingsniveau, en het handelen wordt beschouwd in het licht van resultaten en gevolgen. De volgende vragen worden hier gesteld: "Wat doe ik? Hoe doe ik dat? Hoe kan het ook anders?"

Reflectie ofwel *double loop* leren strekt zich uit tot de onderliggende oordeelsvorming die het handelen stuurt (waartoe, waarom, wanneer?). *Double loop* leren gaat dus een niveau dieper en betreft de onderliggende oordeelsvorming die het gedrag bepaalt in het onderzoek. Onder oordeelsvorming verstaan we het proces van waarnemen, interpreteren en waarderen. Oordeelsvorming wordt bepaald door aannames over de wereld, het ik en de ander in een gegeven situatie. Deze aannames zijn (vaak impliciete) verwachtingen over hoe de wereld is, hoe deze zou moeten zijn en de eigen rol daarin. Aannames zijn gebaseerd op opvattingen, houdingen, intenties, voorkeuren, normen en waarden, emoties, identiteit en persoonlijkheid. Deze complexe variabelen stellen de mens in staat om zonder bewust na te denken op de 'automatische piloot' te kunnen handelen. Ze bieden een handelingsrepertoire dat we gebruiken in nieuwe situaties, doordat we deze situaties kunnen interpreteren als vertrouwde situaties. Heel vaak kloppen intuïtief gehanteerde aannames, maar regelmatig ook niet, en dan staan ze effectief handelen in de weg. Dan is bewustwording van fouten in aannames door reflectie noodzakelijk om ze te kunnen bijstellen. De ontwikkeling tot reflectieve professional kun je karakteriseren als een toenemend bewustzijn van aannames en het daarin incorporeren van variaties in contexten: het leren van alle mogelijke uitzonderingen van variaties op regels en regelmatigheid.



De HBO-V richt de komende jaren het reflectieonderwijs opnieuw in op grond van de definitie van Kinkhorst (2010), zodat de studenten beter in staat zijn tot reflectie.



## 6.4 PATIËNTGERICHTE ZORG

Patiëntgerichte zorg staat beschreven in de visie op verpleegkunde en is een van de inhoudelijke accenten in het verpleegkundig onderwijs. Patiëntgericht zorgverlenen betekent voor de verpleegkundige dat zij zich bewust is van het perspectief van de patiënt en dit koppelt aan het professionele perspectief. Aan beide perspectieven wordt recht gedaan tijdens de zorgverlening. Dat betekent aandacht hebben voor:

- beleving van de patiënt, zingeving door de patiënt;
- eigen deskundigheid van de patiënt omtrent de ziektebeleving en zorgvragen, en het gezamenlijk besluiten (shared decision making);
- zelfmanagement van de patiënt;
- het betrekken van het sociale systeem (familie) in de zorg;
- ondersteuning van de patiënt, nabijheid ofwel *presence*.

In de onderwijsonderdelen wordt patiëntgerichte zorg het meest expliciet zichtbaar in de programmering van:

- communicatieve vaardigheden;
- klinisch redeneren;
- beoordeling van professioneel gedrag;
- projectonderwijs (specificaties in projecten);
- stages.

Al tijdens de propedeuse neemt binnen de stage en stagebegeleiding en binnen studentbegeleiding het nadenken over professioneel gedrag en het ontwikkelen van professioneel gedrag een belangrijke plaats in.

In trainingen, zoals bij gespreksvaardigheden, leren studenten situaties te hanteren vanuit het perspectief zowel van de zorgvrager als van de zorgverlener. Het duidelijkst is dit bij het onderdeel shared decision making.

In alle stages wordt het professioneel gedrag van studenten beoordeeld, en ook de mate waarin zij als verpleegkundigen in staat zijn aan te sluiten bij de voorkeuren en zorgvragen van die patiënt en diens systeem. Vanaf de propedeuse worden alle studenten tijdens de stage expliciet op hun beroepsattitude beoordeeld. Indien een student op dit punt met een onvoldoende wordt beoordeeld, kan dit tot een bindend afwijzend studieadvies (BSA) leiden.

In het terugkomonderwijs worden dilemma's in de zorgverlening besproken en geproblematiseerd. Studenten leren afstand en nabijheid op professionele wijze hanteren.

## 6.5 COMPLEX CARE: KLINISCHE ACTUALITEIT EN RELEVANTIE

Frequent en divers overleg met partners in de praktijk vormt een belangrijke input voor het actueel en het klinisch relevant houden van het leerplan. De toenemende complexiteit van de (verpleegkundige) zorg heeft onder meer geleid tot twee minoren op het gebied van complex care (Complexe Wijkverpleegkundige Zorg en Intensief Klinische Zorg). Het ontwerp, het uitwerken en het bijstellen van het leerplan vindt zoveel mogelijk in samenwerking met een praktijkpartner plaats, bijvoorbeeld doordat er 'meelezers en meedenkers' uit de praktijk bij onderwijsontwikkeling betrokken zijn.

De klinische relevantie van het leerplan wordt ook bevorderd door de indaling van (onderdelen van) verpleegkundige vervolgoopleidingen (VVO). In samenwerking met de VUmc Amstel academie wordt de opleiding anesthesiemedewerker (AM) en de opleiding operatiekamerassistent (OA) in de HBO-V opgenomen. In de komende jaren wordt deze ontwikkeling verder vormgegeven.

Verscheidene docenten combineren hun docentenaanstelling met die van praktiserend verpleegkundige in de beroepspraktijk. Deze waardevolle combinatie bevordert de klinische actualiteit en relevantie in het curriculum.

### 6.5.1 ZORGTECHNOLOGIE

Zorgtechnologie wordt steeds belangrijker in een veranderende gezondheidszorg met meer ouderen en mensen met (combinaties van) chronische ziekten in de thuishouding. Nieuwe technologische ontwikkelingen zijn erop gericht om verlies van zelfredzaamheid en autonomie waar mogelijk te voorkomen. Studenten Verpleegkunde moeten voorbereid zijn op hulpmiddelen voor communicatie, zorg en ondersteuning, zoals zorgdomotica of e-health. Aangezien zorgtechnologie een steeds grotere plaats zal krijgen in verpleegkundige zorgverlening, kiest de opleiding ervoor het thema zorgtechnologie in het curriculum in te bedden, zodat dit onderwerp binnen diverse contexten aan de orde komt. Het onderwerp is nu nog beperkt in het curriculum vertegenwoordigd. De opleiding streeft naar verdere ontwikkeling van kennis over dit onderwerp binnen het docententeam, zodat het in bestaande en nieuwe cursussen een prominenter plaats krijgt.

In het huidige curriculum wordt aandacht besteed aan (zorg)technologie in het project e-health in jaar 2. Het project vraagt van studenten om een digitale applicatie te ontwikkelen voor een patiëntengroep met een chronische aandoening. Studenten met affiniteit met e-health kunnen vervolgens kiezen voor de minor Zorgtechnologie. In de minor Complexe Wijkverpleegkundige Zorg worden twee cursussen over zorgtechnologie aangeboden. De cursussen zijn enerzijds gericht op kennis over actuele zorgtechnologische middelen, anderzijds op de implicaties van het gebruik van deze middelen voor de positie van de patiënt en de verpleegkundige zorgverlening.

## 6.6 DIVERSITEIT

Een kenmerk van goede verpleegkundige zorg is dat de verpleegkundige de patiënt als persoon in zijn/haar context ziet, en niet, gechargeerd, als ziek lichaam of afwijkend functionerende psyche. De ervaring leert dat de *concerns* van de verpleegkundige in opleiding zich vooral richten op het goed kunnen functioneren als stagiair in een stagesetting, waarbij (bijvoorbeeld in het ziekenhuis) juist het onder tijdsdruk goede lichamelijke zorg kunnen bieden als belangrijker gezien wordt. Het ontwikkelen van diversiteitscompetenties is dus wel noodzakelijk, maar niet vanzelfsprekend.

Om deze ontwikkeling in gang te zetten heeft de student allereerst een referentiekader nodig. Hierin heeft bewustzijn van, en sensitiviteit voor de complexiteit van het individu, en voor verschillen tussen personen een plaats. Daarnaast zijn kennis en *tools* waarmee diversiteit geconcretiseerd kan worden in verpleegkundige zorg, noodzakelijke ingrediënten. Via een lesprogramma in de propedeuse wordt dit kader aangeboden. Startpunt is introspectie door de student en bewustwording, en daarna volgen belangrijke thema's zoals ziektebeleving, individu ten opzichte van het collectief, en het toepassen van tools zoals een aangepast cultureel interview.

In de hoofdfase zal het kijken naar en redeneren over de persoon in zijn context onderdeel van het klinisch redeneren worden. Integraal aandacht besteden aan sociale<sup>2</sup>, economische<sup>3</sup> en politieke<sup>4</sup> diversiteit en de invloed daarvan op de kwetsbaarheid en veerkracht van het individu en de gemeenschap, verhoogt de complexiteit van het klinisch redeneren. Waar van toepassing wordt dit breed kijken en redeneren onderdeel van stageopdrachten.

Deze visie op diversiteit vereist dat docenten hun bekwaamheid op dit gebied ontwikkelen en bijhouden. Daartoe nemen de docenten deel aan de online-scholing over diversiteit van de faculteit Gezondheid.

## 6.7 URBAN VITALITY

Urban Vitality richt zich op grootstedelijke vitaliteitsvraagstukken. Vanuit het onderzoek binnen de faculteit Gezondheid, in samenwerking met de faculteiten Beweging, Sport en Voeding; Maatschappij en Recht; en Digitale Media en Creatieve Industrie, ligt de focus op voldoende en verantwoord bewegen en kennis over gezonde voeding, gekoppeld aan kennis over gedragsbeïnvloeding met behulp van creatieve technieken. Waar aan de ene kant de topsporter werkt om 1 seconde van zijn snelste tijd af te krijgen (faculteit Beweging, Sport en Voeding),

---

2 Waaronder persoonsgebonden factoren (zelfvertrouwen, motivatie, ziektebeleving), sociale en fysieke omgeving, opleidingsniveau, werk.

3 Waaronder financiële middelen van het individu en de voorzieningen van het Nederlandse verzekeringsstelsel.

4 Waaronder invloed van politieke beslissingen op het individu en diens gemeenschap.

en aan de andere kant de IC-patiënt uiteindelijk weer zijn eerste stap moet gaan zetten (faculteit Gezondheid), wordt veel kennis over bewegen en vitaliteit ontwikkeld. De opdracht is om deze kennis te gebruiken voor de vitaliteit van de bewoners van de grote stad. Het uiteindelijke doel hiervan is het in beweging krijgen van de risicogroepen in die stad. Deze risicogroepen zijn: kinderen met overgewicht; mensen met een chronische ziekte of beperking; kwetsbare thuiswonende ouderen; en mensen die na een ziekenhuisopname in functioneren achteruitgegaan zijn.

In het onderwijs is in het tweede opleidingsjaar een onderwijsproject Urban Vitality opgenomen. Studenten werken in projectgroepen een interventie uit die gericht is op het bevorderen van gezondheid van Amsterdamse jongeren in dezelfde leeftijdscategorie als de studenten zelf. Naast een literatuurstudie naar effectieve interventies interviewen de studenten uit de projectgroep twaalf leeftijdsgenoten over hun leefstijl. Ten minste vier van de geïnterviewden zijn jongeren uit een van de Amsterdamse wijken.

Daarnaast dragen verscheidene curriculumonderdelen bij aan de kennis en vaardigheden van studenten om als verpleegkundig professional de vitaliteit van Amsterdammers te bevorderen. Zo is de cursus gezondheidspsychologie een belangrijke kennisbron over gedragsbeïnvloeding, leert de training motiverende gespreksvoering de motivatie voor gezonde leefstijl te stimuleren en te versterken, en bieden projecten binnen verschillende minoren zicht op de leefstijlproblematiek van Amsterdammers. In de komende jaren zullen (onderdelen van) onderzoeksprojecten steeds vaker een plaats krijgen in de verschillende minoren. Ten slotte lopen veel studenten stages bij een van de Amsterdamse gezondheidszorginstellingen. In deze stages komen studenten frequent in aanraking met leefstijlgerelateerde problematiek, en dus worden in veel gevallen leefstijlgerelateerde interventies gezocht, gepland en uitgevoerd.

In de komende jaren kan het onderwijs gebruikmaken van het onderzoek op het gebied van Urban Vitality. De projecten kunnen voortbouwen op de in het onderzoek verworven kennis en inzicht in leefstijl en leefstijlverandering van Amsterdammers. De via het onderzoek verworven contacten kunnen worden benut om de werkelijkheidswaarde van de projecten, en daarmee de uitdaging die studenten van de projecten ervaren, te versterken.

## 6.8 INTERPROFESSIONEEL OPLEIDEN

De toenemende zorgcomplexiteit leidt ertoe dat veel professionals min of meer tegelijkertijd zorg bieden aan dezelfde patiënt. Het leveren van zorg die aansluit bij de complexe zorgvraag vraagt om de expertise van vele professionals, in een goede samenwerking en afstemming. Niet alleen de procesmatige kant van samenwerken lijkt van belang, maar ook de wijze waarop de samenwerking vorm krijgt in de praktijk. Interprofessioneel samenwerken is een wijze van samenwerken die daarom steeds meer aandacht krijgt en gezien wordt als mogelijke bijdrage

aan het verlenen van complexe zorg (WHO, 2010; Kaljouw & Van Vliet, 2015). Hoewel er verschillende termen gebruikt worden voor interprofessioneel samenwerken typeert een aantal kenmerken interprofessioneel samenwerken, namelijk (Tsakitzidis & Van Royen, 2014):

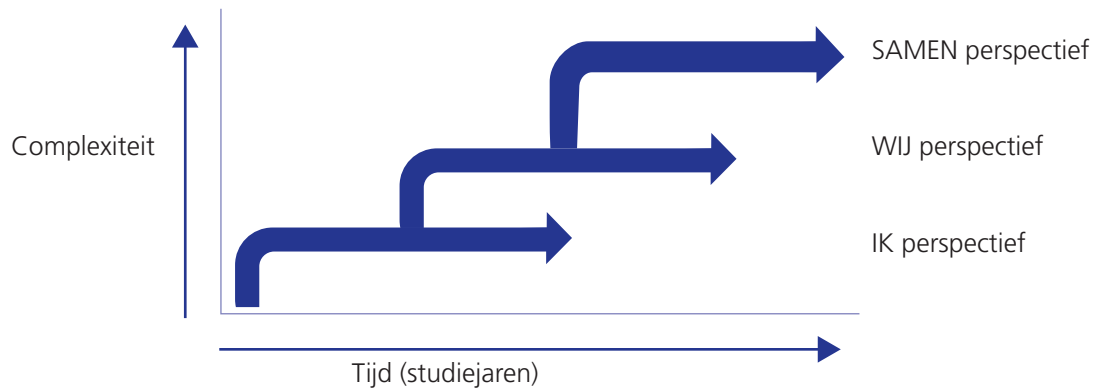
- behoeften en doelen van de patiënt zijn uitgangspunt voor alle betrokken professionals;
- gelijkwaardige samenwerking tussen professionals die kennis hebben van elkaars deskundigheid;
- gedeelde verantwoordelijkheid over gezamenlijke doelen en aanpak;
- het hebben van gepland overleg waar ieders ideeën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

Door studenten al in hun initiële beroepsopleidingen hiermee in aanraking te brengen is de verwachting dat zij al tijdens de opleiding competenties ontwikkelen die nodig zijn voor de interprofessionele samenwerking rondom de complexe patiënt (Hammick et al., 2007; WHO, 2010). De faculteit Gezondheid heeft er daarom voor gekozen om interprofessioneel samenwerken (IPS) als een van de speerpunten te formuleren in haar meerjarenplan. Dit betekent concreet dat iedere student van de faculteit Gezondheid ieder studiejaar interprofessioneel onderwijs volgt, gericht op interprofessionele samenwerking. Er is sprake van interprofessioneel onderwijs wanneer studenten van twee of meer beroepen leren over elkaar, van elkaar en met elkaar om effectieve samenwerking mogelijk te maken, zodat gezondheid van mensen verbetert (WHO, 2010).

De visie op het verwerven van bekwaamheid in interprofessioneel samenwerken in de opleiding is beschreven in een visiedocument, dat ontwikkeld is door de vier opleidingen van de faculteit Gezondheid samen met de bacheloropleiding Geneeskunde van het AMC (Projectgroep IPE HvA-AMC, 2015). Het gezamenlijke doel van deze vijf opleidingen is studenten vanaf de start van hun opleidingen te leren denken en handelen in termen van teamwerk in relatie tot de hulpvrager. Aan de hand van een interprofessioneel competentie raamwerk (Canadian Interprofessional Health Collaborative – CIHC, 2010) wordt het onderwijs vormgegeven. De competentiedomeinen uit het CIHC-raamwerk zijn: 1) interprofessionele communicatie, 2) rolverduidelijking, 3) functioneren in een team, 4) de samenwerkende leider, 5) conflicthantering. Deze competentiedomeinen komen tot expressie in de context van patiënt, cliënt, familie en gemeenschapsgeoriënteerde zorg (het 'zesde competentiedomein'). Voor verpleegkunde geldt dat deze competenties samengevat zijn opgenomen in de competentieset van verpleegkunde onder de CanMEDS-rol van samenwerker.

De CIHC-competenties worden volgens een logische opbouw in het curriculum aangeboden. Die opbouw volgt het model van Biggs en Collis (1982) voor interdisciplinair onderwijs en komt ook overeen met de schets in figuur 1.

FIGUUR 6.8 OPBOUW VAN DE LEERDOELEN IN DRIE NIVEAUS



De focus van onderwijs in IPS op het eerste niveau ligt op het ontwikkelen van de professionele identiteit als zorgprofessional (IK-perspectief) met accent op de oriëntatie van het eigen toekomstige beroep. Deze lijn wordt doorgezet in de erop volgende leerjaren in de vorm van bewustwording van de overeenkomsten en verschillen ten opzichte van andere zorgprofessionals. Op het tweede niveau ligt de focus op het functioneren in een team (WIJ-perspectief). Op het derde niveau wordt gefocust op gevorderde aspecten van IPS (samenwerkend leiderschap en conflicthantering) in het SAMEN-perspectief.

Het IK-perspectief komt in jaar 1 naar voren in een stageopdracht. Het WIJ-perspectief komt in jaar 2 naar voren in een onderwijsprogramma waarin studenten van de vijf opleidingen gedurende vier bijeenkomsten met elkaar een patiëntencasus bespreken. Daarnaast werkt de student in stages ook aan de competentie die zich richt op interprofessionele samenwerking. Het SAMEN-perspectief richt zich op jaar 3 en 4 en heeft een steeds sterkere focus op de praktijk. Vaardigheden die de student in jaar 1 en 2 geleerd heeft, kan zij/hij tijdens stages gebruiken bij de samenwerking met de voor die context relevante (zorg)professionals. Samen met andere opleidingen tot zorgprofessionals speelt de HBO-V een actieve rol in de ontwikkeling van het interprofessionele leren. Vanuit de HBO-V krijgt interprofessioneel opleiden momenteel speciale aandacht via het promotieonderzoek van een docent-onderzoeker van de HBO-V.

## 6.9 INHOUDELIJK VERSCHILLENDE DOELGROEPEN STUDENTEN

Studenten aan de HBO-V zijn ook divers. Zo variëren ze bijvoorbeeld in vooropleiding, beroepsoriëntatie en ambitie. Om hieraan zoveel mogelijk recht te doen, voert de HBO-V verschillende leerplannen uit, met verschillende accenten, maar alle in ieder geval leidend tot dezelfde eindcompetenties van de opleiding.

Binnen het voltijdcurriculum zijn er de volgende programma's: Voltijd AMC-programma (met een GGZ- en een AGZ-richting); Voltijd intracurriculair honoursprogramma Acute Intensieve Zorg programma (AIZ) voor vwo'ers en havisten met hoge eindcijfers, die in de acute somatische zorg willen gaan werken); Instroom- en doorstroomprogramma voor mbo-verpleegkundigen; extracurriculaire honoursprogramma's voor studenten die naast hun studie extra verdieping ambiëren. Verder is er een AGZ- en een GGZ-duaalprogramma.

In de komende jaren breidt de HBO-V haar opleidingsportfolio uit. Hierbij is naast het indalen van verpleegkundige vervolgopleidingen ook aandacht voor (betere) aansluiting op masteropleidingen.

## 6.10 LITERATUUR

Andriessen D, Greve D. Praktijkgericht onderzoek in beroepsonderwijs. In: Andriessen D. Praktisch relevant én methodisch grondig? Dimensies van onderzoek in het hbo. Openbare les. Utrecht: Hogeschool Utrecht; 2014.

Berger BA, Bertram CT. Motivational interviewing and specialty pharmacy. *J Manag Care Pharm.* 2015;21(1):13-7.

Biggs JB, Collis KF, Edward AJ. Evaluating the quality of learning: the SOLO taxonomy (structure of the observed learning outcomes). New York: Academic Press; 1982.

Canadian Interprofessional Health Collaborative. A National Interprofessional Competency Framework. Vancouver: Canadian Interprofessional Health Collaborative; 2010. [http://www.cihc.ca/files/CIHC\\_IPCompetencies\\_Feb1210.pdf](http://www.cihc.ca/files/CIHC_IPCompetencies_Feb1210.pdf) (geraadpleegd op 1 mei 2015)

Dobber J, Harmsen J, Van Iersel M. Klinisch redeneren en evidence-based practice. Weloverwogen besluitvorming door verpleegkundigen. Houten: BSL; 2016.

Hammick M, Freeth D, Koppel I, Reeves S, Barr H. A best evidence systematic review of interprofessional education: BEME Guide no. 9. *Med.Teach.* 2007;29(8):735-51.

Hammond KR, Hamm RM, Grassia J, Pearson T. Direct comparison of the efficacy of intuitive and analytical cognition in expert judgement. *IEEE Transactions on Systems, Man, and Cybernetics* 1987;Vol SMC-17:753-70.

HvA, AMC. Visie op interprofessioneel samenwerken en het verwerven van interprofessionele competenties tijdens opleidingen in de gezondheidszorg. Amsterdam:

HvA en AMC; 2015.

Kahneman D. Thinking, fast and slow. London: Allen Lane/Penguin Books, 2011.

Kaljouw M, Van Vliet K. Naar nieuwe zorg en zorgberoepen: de contouren. Diemen: Zorginstituut Nederland; 2015. <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2015/04/10/naar-nieuwe-zorg-en-zorgberoepen-de-contouren> (geraadpleegd 1 mei 2015)

Kinkhorst GF. Didactische ontwerpregels voor reflectie-onderwijs. *Onderwijsinnovatie* 2010;(1):17-25.

Lambregts J, Grotendorst A, Van Merwijk C, redactie. Bachelor Nursing 2020. Een toekomstbestendig opleidingsprofiel 4.0. Houten: BSL; 2015.

Raad Volksgezondheid en Samenleving. Zonder context geen bewijs. Over de illusie van evidence-based practice in de zorg. Den Haag: RVS; 2017.

Scholte op Reimer WJM, Deutekom M, Engelbert RHH, Kröse BJA, Schouten BAM, Toussaint HM, et al. Urban Vitality – Mensen in beweging. SPRONG-aanvraag Vitaliteit en Gezondheid Hogeschool van Amsterdam. Amsterdam: HvA; 2017.

Schuurmans M, Lambregts J, Projectgroep V&V 2020, Grotendorst A. Beroepsprofiel Verpleegkundige. Deel 3. Utrecht: V&V 2020; 2012.

Thompson C, Yang H. Nurses' decisions, irreducible uncertainty and maximizing nurses' contribution to patient safety. *Healthcare Q.* 2009;12:e178-85.

Tsakitzidis G, Van Royen P. Leren interprofessioneel samenwerken in de gezondheidszorg. Antwerpen: Standaard Uitgeverij Professional; 2014.

WHO. Framework for Action on Interprofessional Education & Collaborative Practice. Geneva: World Health Organization; 2010. [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/70185/1/WHO\\_HRH\\_HPN\\_10.3\\_eng.pdf?ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/70185/1/WHO_HRH_HPN_10.3_eng.pdf?ua=1) (geraadpleegd 1 september 2015)



# 7 MINOREN

## 7.1 HET MINORENAANBOD

Een minor is “een samenhangend onderwijsprogramma van 30 studiepunten, niet zijnde een afstudeerprogramma, dat gevolgd wordt in de hoofdfase.” (HvA, 2017, p.5). Door de keuze van een minor is de student in staat om een eigen kleur aan de opleiding te geven. Indien de minor gekoppeld is aan een stage kan deze kleuring verder versterkt worden.

Er zijn drie typen minoren (HvA, 2017):

- Verdiepende minor: de minor richt zich op de verdieping van een bepaald opleidingsrelevant thema of kennis- en vaardigheidsgebied. Deze minoren verdiepen het verpleegkundig vak, en zijn meestal monodisciplinair van aard.
- Generiek verbredende minor: de minor richt zich op een relevant gezondheidszorgthema. Het thema is voor verschillende gezondheidsprofessionals (en welzijnsprofessionals) relevant en multi- of interprofessioneel van karakter.
- Doorstroomminor: de minor is gericht op kennisontwikkeling voor studenten die na hun bacheloropleiding een masteropleiding willen volgen.

Binnen de HBO-V kunnen studenten alleen een beroepsgerelateerde minor volgen. De HBO-V is conform de opleidingseisen die aan de Wet BIG gekoppeld zijn (zie paragraaf 4.1 Wetgeving), verplicht 2300 uur praktijkonderwijs in het leerplan op te nemen. Een groot deel van deze stage vindt plaats in de laatste twee opleidingsjaren. Het gevolg hiervan is dat er in vergelijking met andere hbo-opleidingen beduidend minder theorie-uren beschikbaar zijn. De body of knowledge en skills van het verpleegkundig beroep is dermate omvattend, dat de 30 EC van een minor in het derde opleidingsjaar noodzakelijk zijn om voor de verpleegkundige beroepsvorming te gebruiken.

In de komende jaren herziet de faculteit Gezondheid het minorenaanbod. Mede vanuit de noodzaak de minoren doelgericht voor de beroepsvorming te kunnen gebruiken, zullen minoren enerzijds sterker gericht zijn op de beroepsinhoud van de verpleegkundige vervolgopleidingen, of anderzijds als honoursminor een betere aansluiting bewerkstelligen bij beroepsgerelateerde masteropleidingen.

Het palet aan minoren verandert dus de komende jaren. Voor een overzicht van het minorenaanbod in 2017-2018: zie bijlage 4.

Op 'kies op maat' <https://www.kiesopmaat.nl/modules/?org=hva&mode=f> staat het actuele overzicht van het minorenaanbod van de opleiding Verpleegkunde.

## 7.2 LITERATUUR

HvA. Handboek minoren HvA. Amsterdam: HvA; 2017.

# 8 BUITENSCHOOLS LEREN

## 8.1 VOLTUJDOPLEIDING

De opleiding acht het belangrijk dat studenten elk jaar stagelopen. Studenten krijgen in de eerste drie opleidingsjaren drie soorten stages: een stage in een verpleegkundige beroepsomgeving met kortdurende zorg en zorgcontacten (ziekenhuis of wijkverpleegkundige zorg), een stage met langdurige zorg en zorgcontacten (verpleeghuis) en een stage waar de geestelijke gezondheidszorg centraal staat. In het vierde jaar bestaat de mogelijkheid een eigen accent te leggen door een voorkeur op te geven voor het beroepsveld waarin de studenten de laatste stage willen lopen. De opleiding spant zich maximaal in dit te realiseren. De minorkeuze van de student kan invloed hebben op diens stageplaatsing. Indien beschikbaar biedt de opleiding stageplaatsen die gerelateerd zijn aan het onderwijs binnen de betreffende minor. Studenten die het honourstraject AGZ-acuut intensieve zorg volgen (AIZ), of de opleiding via een duaaltraject doorlopen, volgen een stagerouting waarbinnen weinig keuzevrijheid mogelijk is.

In de propedeuse is de stage voor (de meeste) studenten de eerste kennismaking met de verpleegkundige beroepspraktijk. De stage heeft dan ook een oriënterend en (zelf-) selecterend karakter, met als focus de beroepsrollen Zorgverlener en Communicator. Deze stage biedt de studenten de gelegenheid te reflecteren op de eigen geschiktheid voor het verpleegkundig beroep.

Gedurende de stage in jaar 2 ontwikkelen de studenten een grotere mate van zelfstandigheid in situaties van laagcomplexiteit en laagcomplexiteit. Daarbij wordt aan alle beroepsrollen gewerkt. Tijdens deze stage ontwikkelen studenten een meer integraal beeld van het beroep. Verder komen studenten in deze stage in aanraking met een diversiteit aan meningen, normen en standaarden over 'de beste zorg'. Dit alles zet de student aan tot het ontwikkelen van een eigen visie op professioneel verpleegkundig handelen.

In de stage van het derde opleidingsjaar leren studenten patiënten met een middencomplexiteit zorgvraag en in een middencomplexiteit context te verplegen. Deze verdieping in het complexiteitsniveau vindt plaats in alle beroepsrollen. Via stage-opdrachten Klinisch redeneren en Evidence-based practice worden studenten uitgedaagd om verpleegkundig handelen te onderbouwen met argumenten, waarin het best beschikbare bewijs is meegenomen en afgewogen. Daarbij verschuift de focus van het verantwoorden van het eigen handelen naar het onderbouwen en verantwoorden van de verpleegkundige zorg als geheel. Verder leert de student niet alleen naar de verpleegkundige zorg voor de individuele patiënt te kijken, maar ook

de verantwoording van zorg via bestaande protocollen en richtlijnen kritisch te beschouwen en, indien van toepassing, aan te vullen.

Het laatste opleidingsjaar omvat twee stages. In de eerste (20-weekse) stage ontwikkelt de student zich in haar professioneel verpleegkundig handelen in hoogcomplexere zorgsituaties en in een hoogcomplexere context. In de daaropvolgende 10-weekse stage toont de student aan op het niveau van een beginnend beroepsbeoefenaar te functioneren. Deze laatste stage maakt deel uit van het afstudeerprogramma.

#### 8.1.1 ACADEMISCHE LEERWERKPLAATSEN

In samenwerking met het AMC, het Emmakinderziekenhuis, Allercare (gespecialiseerde kinderthuiszorg) en Cordaan Thuiszorg, wordt sinds 2017 een nieuw concept voor een leerwerkplaats ontwikkeld, de academische leerwerkplaats (ALWP). Op een ALWP wordt over de grenzen van de eigen zorgorganisatie gekeken en wordt de samenwerking in de zorgketen gestimuleerd. Verpleegkundigen en student-verpleegkundigen werken op een ALWP samen in het ontwerpen, coördineren, uitvoeren en evalueren van complexe zorgbehoeften bij patiënten met multimorbiditeit.

Duo's van studenten volgen de patiënt binnen de keten via een huisbezoek. De geboden zorg wordt geëvalueerd in de vorm van *whole-system-in-the-room*-bijeenkomsten: patiënten, mantelzorgers en alle betrokken zorg- en hulpverleners (binnen én buiten de eigen instelling) evalueren de zorg en initiëren verbeteracties. Door masterclasses van promovendi van de betrokken lectoraten wordt verdieping vanuit praktijkgericht onderzoek bevorderd. Samen met gediplomeerde beroepsgenoten, genereren de studenten verpleegkundige onderzoeksvragen, voeren zij literatuuronderzoek uit en schrijven zij mee aan *Critically Appraised Topics* (CAT's).

## 8.2 DUAALOPLEIDING

Een belangrijk uitgangspunt in de duaalopleiding is het cyclisch leren, waarin de student vragen vanuit de praktijk formuleert om deze via de theorie beantwoord te krijgen, en andersom. Theoretische kaders worden meegenomen naar de praktijk om werkwijzen in de praktijk te verklaren. Casuïstiek vanuit de praktijk wordt gebruikt om het leren op school inhoud en betekenis te geven. Hierbij is een korte cyclus van praktijk- en theorieperioden belangrijk.

De wisselwerking praktijk-theorie krijgt in de duaalopleiding sterker gestalte dan in de voltijdopleiding doordat de dualstudent al als werknemer ondergedompeld is in de werkelijke verpleegkundige beroepspraktijk. De student ontwikkelt snel een realistisch beroepsbeeld, en dat bevordert het leren in zowel praktijk als theorie en de verschillende vormen van transfer. Tegelijk kan de dubbelrol van student en werknemer spanningen meebrengen.

Binnen de AGZ-duaalopleiding volgt de student een route van halfjaarlijkse praktijkperiodes op diverse ziekenhuisafdelingen. Alleen de praktijkperiode in het afstudeerjaar duurt ongeveer een

jaar. De praktijkperioden van studenten aan de GGZ-duaalopleiding duren ongeveer een jaar. Voor beide dualopleidingen geldt dat de zorgcomplexiteit van de patiënten die de student verpleegt, toeneemt met het vorderen van de opleiding.

Net als voltijdstudenten geven de studenten met een praktijkleerplan sturing aan hun praktijkleren. Dualstudenten leren de dagelijkse routine van het verplegen door te werken. Daarbij is er een aantal kritische beroepssituaties (Scheele et al., 2008), die:

- a) van groot belang zijn voor de dagelijkse praktijk;
- b) een hoger risico met zich meebrengen/grotere kans op fouten; en
- c) geschikt zijn als voorbeeld van een bepaalde beroepscompetentie.

Deze kritische beroepssituaties krijgen speciale aandacht in de begeleiding en de beoordeling van de praktijkleerperiodes.

### 8.3 LITERATUUR

Scheele F, Teunissen P, Van Luijk S, Heinerman E, Fluit L, Mulder H, et al. De introductie van competentiegerichte specialistenopleidingen in Nederland. *Tijdschr Medisch Onderwijs* 2008;27(5);221-229.

# 9 STUDENTBEGELEIDING

## 9.1 VISIE OP STUDENTBEGELEIDING

Studentbegeleiding wordt gezien als het geheel aan maatregelen en activiteiten dat de opleiding biedt om de student zo adequaat mogelijk en op maat te begeleiden. Begeleiden is hierbij een brede term, waaronder verscheidene begeleidingsvormen kunnen vallen, zoals coaching, ondersteuning, supervisie, tutoring en mentoring. De visie op studentbegeleiding sluit aan bij de criteria in de Leidraad Studeerbaar en Robuust Onderwijs (Bruijns et al., 2014).

Studentbegeleiding binnen de opleiding Verpleegkunde bestaat uit vraag- en aanbodgerichte:

- persoonlijke begeleiding: gericht op begeleiding, daar waar persoonlijke omstandigheden de studievoortgang beïnvloeden;
- studiebegeleiding: gericht op de studievoortgang, keuze- en planningsprocessen, zodat de student het opleidingsprogramma zo goed mogelijk doorloopt;
- loopbaanbegeleiding: gericht op de beroepscontext, met als doel dat de student zich ontwikkelt van student tot professional.

In de visie van de HBO-V is gekozen voor de specifieke termen: persoonlijk – ontwikkeling – professional. Deze dienen als rode draad van het programma.

### 9.1.1 PERSOONLIJK

Onder 'persoonlijk' valt het geheel aan maatregelen en activiteiten dat de opleiding biedt om individuele studenten:

- 1) goed te leren kennen;
- 2) zo adequaat mogelijk en op maat te begeleiden;
- 3) ruimte te geven persoonlijke omstandigheden te vertellen en deze op maat te begeleiden;
- 4) indien nodig gericht door te verwijzen.

Het element 'persoonlijk' benadrukt dat studentbegeleiding een persoonlijk karakter moet hebben. Dit betekent dat de studentbegeleider persoonlijk contact met studenten opbouwt. Ook richt hij/zij zich, vooral in het begin, op het ontwikkelen van een vertrouwensband en op de persoon die de student is. De opleidingsperiode is in het leven van studenten de schakel tussen de rol van leerling op het middelbaar onderwijs en de rol van professional in de maatschappij. Om de stap van de ene rol naar de andere te zetten, is het belangrijk dat studenten zicht krijgen op zichzelf, de talenten en minder sterke kanten, de mate waarin zij gemotiveerd zijn voor het beroep en de passendheid van de studie. Daarnaast spelen bij een aantal studenten bijzondere omstandigheden, bijvoorbeeld een complexe thuissituatie, topsport of beperkingen.

Deze omstandigheden kunnen invloed hebben op de studievoortgang, en het is belangrijk te voorkomen dat studenten uitvallen en gedemotiveerd raken.

Om studenten zo goed mogelijk te begeleiden is het *contact* tussen studenten en docenten belangrijk, het is de basis van het onderwijs. Vooral in het eerste studiejaar zullen beide partijen elkaar leren *kennen*, maar ook in de andere jaren is het persoonlijke karakter de basis van studentbegeleiding.

### 9.1.2 ONTWIKKELING

Ontwikkeling is het geheel aan maatregelen en activiteiten dat de opleiding biedt om studenten zo adequaat mogelijk te begeleiden bij het leren leren, de studievoortgang, en de keuze- en planningsprocessen, met als doel studenten het opleidingsprogramma zo efficiënt mogelijk te helpen doorlopen. Het element 'ontwikkeling' benadrukt een focus op de ontwikkeling die studenten op verschillende vlakken doormaken tijdens de opleiding. Studenten ontwikkelen zich in studievaardigheden, als persoon en in hun rol als verpleegkundige.

Ontwikkelen betekent ook voor nieuwe uitdagingen komen te staan, nieuwe kanten van zichzelf leren kennen, met medestudenten en collega's samenwerken, voor patiënten zorgen, zichzelf steeds beter leren kennen en sturen. De studentbegeleider ondersteunt de student hierbij, daagt waar nodig uit, stimuleert, en helpt de student diens capaciteiten te ontplooiën en te benutten. De studentbegeleiding ondersteunt door het voeren van gesprekken over deze ontwikkeling en bij het maken van keuzes binnen de opleiding. Studenten zijn bij het volgen van een hbo-studie meer dan in het middelbaar onderwijs zelf verantwoordelijk voor de planning van de studie en het overzicht houden over de studie. Een van de oorzaken van studie-uitval en studievertraging is een tekort aan vaardigheden om effectief te leren en studeren. Daarnaast kan motivatie een rol spelen omdat studenten naast studeren ook geld willen/moeten verdienen, een sociaal leven willen hebben of erachter komen dat de opleiding misschien toch niet zo goed bij hen past. Naast problemen met studievaardigheden en motivatie moeten studenten ook verschillende keuzes maken tijdens de opleiding. Keuzes over studievaardigheids cursussen, het excellentieprogramma, minoren en de afstudeerrichting. Het verschilt per student hoeveel ondersteuning nodig is vanuit de opleiding en op welk moment dat nodig is. Studenten met meer dan gemiddelde capaciteiten worden uitgedaagd om hun talenten volop te benutten en worden geïnformeerd over de mogelijkheid om een honours- en/of excellentieprogramma te volgen.

### 9.1.3 PROFESSIONAL

Met 'professional' wordt verwezen naar het geheel aan maatregelen en activiteiten dat de opleiding biedt om studenten zo adequaat mogelijk te begeleiden in een beroepscontext, met als doel dat studenten zich optimaal ontwikkelen van student tot professional. Het element 'professional' focust bij studentbegeleiding op het worden van een professional die aan het eind van de opleiding klaar is om het werkveld in te gaan. Studenten *worden* verpleegkundige en *zijn* na deze opleiding BIG-geregistreerd verpleegkundige. De studentbegeleider bespreekt

met studenten waar zij zich in onderscheiden van andere verpleegkundigen. Een student wordt immers niet iets, maar iemand, binnen de beroepscontext. De individuele (begeleidings) gesprekken dienen als een 'functioneringsgesprek', waarbij studenten aangeven in welke competenties zij uitblinken en aan welke competentie(s) gewerkt moet worden. Het doel van deze gesprekken is gericht op de student als professional: studenten kunnen uitleggen wat zij te bieden hebben aan een toekomstige werkgever en kunnen dit onderbouwen. Studenten worden begeleid in het toewerken naar een passende baan en werkkring of vervolgstudie. Het opbouwen van een netwerk is daarin een onderwerp van gesprek.

## 9.2 DE FREQUENTIE VAN CONTACT MET DE STUDENT

Om zicht te krijgen op de begeleidingsbehoefte van studenten voert de studentbegeleider regelmatig gesprekken met studenten. In jaar 1 spreekt de studentbegeleider de student in elk blok. Naast individuele gesprekken worden in jaar 1 twee groepslessen aangeboden. In deze lessen wordt het proces van groepsbinding bevorderd en daarmee de verbinding tussen de hogeschool en de student. Het aantal studenten op de opleiding is hoog en door de groepslessen wordt gewerkt aan een veilige sfeer waarin de student zich thuis kan voelen.

Gedurende de vier opleidingsjaren van de student verandert het studentenproces en dus ook het studentbegeleidingsproces. Waar een student aan het begin van de opleiding vragen heeft over haar eigen plaats binnen de opleiding en de studentengroep, de inhoud en de organisatie van de opleiding, heeft een tweedejaars student wellicht vragen over studieachterstand, een specifieke stage en later over de keuze voor een afstudeerrichting. Er wordt naar gestreefd de student vanaf jaar 2 voor de rest van de opleiding dezelfde studentbegeleider te laten behouden. In de hoofdfase onderhouden de student en de studentbegeleider het contact via ten minste drie individuele gesprekken per opleidingsjaar.

## 9.3 DE ROL VAN DE STUDENT

De studentbegeleider zal zich richten op het ontwikkelen van een vertrouwensband en op de persoon die de student is. Dit betekent dat er van de student wordt gevraagd open te staan voor het creëren van een band. Daarbij gaat de student in dialoog met zijn of haar studentbegeleider over zaken die spelen en over behoeftes die de student heeft. Dit vraagt *inzet* van de student. In de propedeuse ligt het initiatief voor deelname en invulling van de studentbegeleiding voornamelijk bij de opleiding, en in de hoofdfase verschuift het initiatief in toenemende mate naar de student. De student dient vroegtijdig studieproblemen aan te geven en initieert waar nodig ook zelf gesprekken met de studentbegeleider. De student is



toenemend *zelf verantwoordelijk* voor zijn eigen studie. De studentbegeleider begeleidt de student in dit proces. Dit geldt ook voor de keuzes die de student maakt. Bij onprofessioneel gedrag van de student gaat de studentbegeleider hierover met de student in gesprek. Er wordt van de student verwacht dat hij/zij kijkt naar het eigen gedrag en keuzes leert maken in aanpak en in (professioneel) gedrag. Bij deze *zelfreflectie* wordt de student ondersteund door de studentbegeleider.

## 9.4 DE ROL VAN DE STUDENTBEGELEIDER

De studentbegeleider begeleidt de student bij diens persoonlijke ontwikkelingsproces. De opleiding heeft daarbij een profiel opgesteld van de studentbegeleider. De studentbegeleider is actief, betrokken en gespreksvaardig.

### 9.4.1 ACTIEF

Een studentbegeleider heeft niet alleen contact met de student tijdens de individuele gesprekken, maar stelt zich ook actief op in zijn rol als studentbegeleider. Onder actief wordt het volgende verstaan: studentbegeleider kent studenten bij naam, reageert binnen redelijke tijd op mail, controleert regelmatig resultaten in SIS, zoekt studenten op in het gebouw/ pauzeruimte, en zoekt actief informatie voor de student over de opleiding en de mogelijkheden binnen de opleiding.

### 9.4.2 BETROKKEN

Naast een actieve houding dient de studentbegeleider ook zijn/haar betrokkenheid te tonen. De studentbegeleider is oprecht geïnteresseerd en toont zich betrokken bij het persoonlijke ontwikkelproces van de student. Een studentbegeleider is betrokken als hij/zij studenten als persoon leert kennen en niet alleen als student, en studenten waar nodig doorverwijst; hij/zij pakt op/helpt/lost op als het studenten niet lukt, en kent 'sleutelmomenten' in het jaar van de student en anticipeert daarop, door bijvoorbeeld voor de start van een stage studenten succes te wensen.

### 9.4.3 GESPREKSVAAARDIG

Door zich als coach op te stellen, ondersteunt de studentbegeleider de student bij het onderzoeken van de eigen motivatie en capaciteiten om een succesvolle verpleegkundige te worden. De coach prikkelt de student met open vragen en door de antwoorden/het proces van de student terug te koppelen via parafrases. De autonomie van de student is een belangrijke waarde, en de studentbegeleider ondersteunt en bevordert de autonomie van de student (cf Miller & Rollnick, 2014). Immers, het gaat veelal over gedragsverandering, waarbij de studentbegeleider de student probeert te motiveren diens studie- of professioneel gedrag aan

te passen. Daarnaast benoemt de studentbegeleider negatief gedrag/interpretaties van gedrag, opdat studenten gedrag leren kennen en de mogelijkheid krijgen dit te verbeteren. Naast deze kernkwaliteiten van docenten is er ook een aantal voorwaarden waarmee rekening wordt gehouden bij de toewijzing van een studentbegeleider aan studenten. Een studentbegeleider moet *affiniteit* hebben met studentbegeleiding en is eenvoudig en laagdrempelig bereikbaar (en regelmatig aanwezig op de opleiding). Studiebegeleiding is een kerntaak van iedere docent aan de HBO-V. Hij/zij geeft waar mogelijk les aan de eigen studentengroep. Een net-startende docent is bij voorkeur geen studentbegeleider in jaar 1.

## 9.5 LITERATUUR

Bruijns V, Kayzel R, Morsch I, Ruis P. Leidraad studeerbaar en robuust onderwijs. Amsterdam: Hogeschool van Amsterdam; 2014.

Kronenburg D, Rebel H, Vastenburg D. Visie studentbegeleiding Verpleegkunde. Amsterdam: Hogeschool van Amsterdam; 2015.

Miller WR, Rollnick S. Motiverende gespreksvoering. Gorinchem: Ekklesia; 2014.

# 10 DE OPBOUW VAN DE OPLEIDING

## 10.1 INLEIDING

De HBO-V omvat in 2017 een voltijdvariant en twee dualvarianten: Algemene Gezondheidszorg (AGZ) en Geestelijke Gezondheidszorg (GGZ). Studenten in de voltijdopleiding leren afwisselend binnenschools en in stages. Voor dualstudenten ligt het accent bij het werkend leren. De lesdagen van dualstudenten zijn aangepast aan het traject van werkend leren. In dit hoofdstuk worden de opbouw van voltijd- en de dualvariant de opleiding behandeld en hoe het leerplanschema is ingericht.

## 10.2 VOLTIJDOPLEIDING

De voltijdopleiding van de HBO-V is een vierjarige opleiding. De opleiding wordt gekenmerkt door afwisselend binnenschools leren via onderwijsblokken, en buitenschools leren in stages van 10 of 20 weken in de beroepspraktijk. Tijdens stages is de student geen werknemer, maar student die onder verantwoordelijkheid van de instelling stageloopt.

De HBO-V heeft naast de gewone voltijdse opleiding Verpleegkunde een AMC-variant. Deze variant is in samenwerking met het AMC opgezet. In deze variant wordt extra aandacht gegeven aan aspecten van topklinische zorg zoals die in een academisch ziekenhuis verleend wordt.

Binnen de voltijdopleiding valt ook het intracurriculair honoursprogramma AGZ Intensieve Zorg (AIZ). Dit programma is gericht op studenten met een vwo-opleiding en havisten met hoge eindcijfers, die al vanaf de start van de opleiding weten op een gespecialiseerde afdeling (zoals IC, CCU, SEH) in het algemeen ziekenhuis te willen werken. Binnen deze opleiding is gekozen voor een contextspecifiek opleidingsprogramma, waarin meer diepgang mogelijk is (Bransford et al., 2000; Klarus, 2002). Dat betekent dat het opleidingstraject van studenten in het AIZ-programma, zowel in de stagepraktijk als binnenschools, meer gericht is op het verplegen op een specialistische afdeling in het algemeen ziekenhuis dan de 'gewone' voltijdopleiding.

### 10.3 DUAALOPLEIDING

De duaalopleiding wordt gekenmerkt door de combinatie van leren-werken. De studenten zijn een deel van hun opleiding werkzaam in een zorginstelling. Het werken binnen de zorginstelling gebruikt de student om te leren. Dat betekent dat opleiding en zorginstelling samen een duaalleertraject ontworpen hebben, waarin de student voldoende werksituaties als leersituaties kan benutten. Daarnaast moeten deze leersituaties zodanig van aard zijn, dat zij passen bij de opleidingsfase van de student. De leerroute sluit dus aan bij de competentieontwikkeling van de student. Naarmate de student in de opleiding vordert, worden werk- en leersituaties complexer. Binnen het praktijkonderwijs van de duaalopleiding is hiertoe een route opgezet met verschillende praktijkleerperiodes. Per praktijkleerperiode werkt de student op een andere afdeling. De ordening van het theorieonderwijs loopt via semesters.

Zoals gesteld worden werksituaties als leersituaties gebruikt, maar daarnaast heeft de student ook een rol als werknemer van de zorginstelling en moet hij/zij dus productief zijn. De student draait dan ook als teamlid mee in het dienstrooster met een eigen verantwoordelijkheid. De student heeft een leer-arbeidsovereenkomst en ontvangt een salaris.

In de propedeuse is de dualstudent niet werkzaam in de instelling. De dualstudent heeft een leerovereenkomst en volgt hetzelfde onderwijsprogramma als de voltijdstudenten (met uitzondering van de OLVG-studenten, die in het eerste jaar een eigen dualprogramma volgen). Vanaf het tweede jaar volgt de student een dualprogramma. Dit programma omvat theorie en praktijk, waarbij de praktijk de vorm heeft van leren en werken bij de werkgever.

Het is mogelijk om als mbo-opgeleide verpleegkundige een verkort HBO-V dualtraject te volgen. Na het succesvol afronden van een voor mbo-studenten samengesteld dualprogramma van een jaar, kan de student in het derde jaar HBO-V instromen.

Om de duaalopleiding effectief te laten functioneren is een aantal uitgangspunten belangrijk:

- er zijn duidelijke regelingen voor het leren in de praktijk en voor het beoordelen in de praktijk;
- de student heeft een praktijkleerplan, waarin praktijkleeropdrachten zijn opgenomen;
- er is gelegenheid tot leren in de praktijk;
- er is begeleiding van een werkbegeleider bij het praktijkleren op de afdeling, en begeleiding op afstand door een opleidingsfunctionaris van de zorginstelling;
- er is een goede samenwerking tussen de zorginstelling en de HBO-V om het (praktijk- en theorie)onderwijs vorm te geven en uit te voeren;
- het theorieonderwijs sluit aan bij het praktijkleren en de ervaringen van de student, en de praktijkervaringen van de student worden in het theorieonderwijs gebruikt;
- de einddoelen en eindcompetenties van de duaalopleiding zijn gelijk aan die van de voltijdopleiding;
- de HBO-V is eindverantwoordelijk voor de kwaliteit van de gehele opleiding.

Het afstudeerprogramma is voor alle programma's (voltijd en duaal) gelijk. En ook het getuigschrift van de dualopleiding is gelijk aan het getuigschrift van de voltijd HBO-V.

## 10.4 DIDACTISCHE LEERLIJNEN

Een competentiegericht curriculum vraagt om een ordening in onderwijsonderdelen die het mogelijk maakt competenties te leren. Een competente verpleegkundige beschikt over een samenhangend geheel van kennis, vaardigheden en houding, die zij in verschillende beroepscontexten adequaat kan toepassen. De drie samenstellende componenten (kennis, vaardigheden en houding) kunnen afzonderlijk worden geleerd, maar vormen daarmee niet automatisch een competentie.

Om recht te doen aan de afzonderlijke componenten en aan de integratie ervan in competenties, worden in het curriculum van de HBO-V vijf didactische leerlijnen onderscheiden (zie tabel 10.4). De ordening van de leerstof in leerlijnen ondersteunt het competentieleren. Het doet een beroep op verschillende leerstijlen en draagt bij aan het doorlopen van de leercyclus door de student. Daarnaast geeft het richting aan de opleiding bij de keuze van werkvormen.

TABEL 10.4 DE VIJF DIDACTISCHE LEERLIJNEN

Leerlijn	Werkvorm	Inhoud
Conceptuele leerlijn	Cursus	Concepten, theorieën en werkmodellen
Vaardighedenleerlijn	Training	Ontwikkelen van beroepsvaardigheden
Integrale leerlijn	Project	Realistische beroepsproblemen
Praktijkleerlijn	Stage/praktijk	Meelopen en meewerken in de dagelijkse beroepspraktijk
Ondersteunende leerlijn	Portfolio Studiebegeleiding Methodische praktijkbegeleiding Intervisie	Sturing van de eigen competentieontwikkeling via reflectie, georganiseerde feedback en coaching

### 10.4.1 CONCEPTUELE LEERLIJN

Kennisverwerving is de kern van de conceptuele leerlijn. Binnen cursussen staat kennisverwerving dan ook centraal. In de begeleide uren van een cursus komt het *conceptual framework* aan bod, en bij voorkeur de concepten en theorieën en van de betreffende stof die de meeste studenten zich niet zelfstandig eigen kunnen maken. Daarbij kunnen de lessen zich richten op het 'openen' (ofwel toegankelijk maken voor zelfstudie) van concepten of theorieën, of juist op het toepassen ervan. In veel cursussen worden beide aspecten gecombineerd. Bij het

leren toepassen kan ook een trainingselement en feedback van medestudenten en docent zijn opgenomen. In de conceptuele leerlijn wordt een didactiek gekozen die de transfer van kennis bevordert.

Cursussen worden uitgevoerd in basisgroepen van ongeveer 32 personen en in hoorcolleges voor het hele cohort (alle studenten van één studiejaar). Naast de begeleide onderdelen omvatten cursussen onbegeleide onderdelen waarin via literatuurstudie en (meestal) gestructureerde opdrachten de theorie verder bestudeerd en toegepast wordt.

#### 10.4.2 VAARDIGHEDENLEERLIJN

Binnen de vaardighedenleerlijn staat het aanleren en trainen van diverse beroepsvaardigheden centraal. De meeste trainingen zijn gericht op het aanleren van verpleegtechnische vaardigheden en op het aanleren van communicatieve vaardigheden. De trainingen vinden plaats in groepen met een grootte van ongeveer 13-16 studenten. In de begeleide uren worden vaardigheden (soms) gedemonstreerd, maar in ieder geval door studenten geoefend. In de meeste gevallen omvat de training ook een beperkt conceptueel deel om de achtergrond van de vaardigheid te kunnen begrijpen. Buiten de begeleide uren verwerft de student zelf deze theoretische achtergrond door literatuurstudie, en bekijkt de student filmpjes om de vaardigheid beter te doorgronden. Verder bekwaamt de student zich in de onbegeleide uren door de vaardigheid te oefenen. In toenemende mate worden e-learning-programma's gebruikt om het leren van vaardigheden te ondersteunen.

#### 10.4.3 INTEGRALE LEERLIJN

In de integrale leerlijn werken de studenten aan min of meer complexe projecten die uit samengestelde beroepsproblemen bestaan. In het begin van de hoofdfase zijn de beroepsproblemen goed gestructureerd en is ook de werkwijze door de opleiding gestructureerd, aan het eind van de opleiding zijn de beroepsproblemen matig gestructureerd en stuurt de student zelf. Waar mogelijk worden hele leertaken gebruikt die vanuit het 4C/ID-model zijn ontworpen. De studenten leren om werkproblemen te hanteren die zich in de beroepspraktijk voordoen. Leren is een cyclisch proces, waarbij studenten van iedere ervaring leren en steeds beter worden in de competenties waarmee zij geoefend hebben. De contexten en problemen die zij oplossen zijn realistisch (al dan niet fictief), de mate waarin zij problemen zelfstandig aankunnen, neemt in de loop van de opleiding toe. Projectonderwijs is een van de manieren om op deze wijze te leren.

#### 10.4.4 PRAKTIJKLEERLIJN

De praktijk is de belangrijkste plaats om competenties te ontwikkelen. De praktijkleerlijn is dan ook te zien als een bijzonder type integrale leerlijn. Het verschil is dat bij de integrale leerlijn een beroepsprobleem uitgangspunt voor het leren is, terwijl in de praktijkleerlijn de dagelijkse praktijk het vertrekpunt is voor het leren.

Het buitenschools curriculum omvat stages of werk. De dagelijkse praktijk staat centraal en de student leert niet specifiek een of meer competenties, maar alle competenties zijn aan de orde. Er wordt geleerd al naar gelang de situaties die zich voordoen en de doelen die de student zichzelf stelt. Ook binnen de praktijkleerlijn is aandacht voor transfer noodzakelijk, omdat bij het leren in situaties waarin de context erg belangrijk is, het risico groot is dat de transfer beperkt blijft.

#### 10.4.5 ONDERSTEUNENDE LEERLIJN

Binnen de ondersteunende leerlijn staat de individuele competentieontwikkeling van de student centraal. Studenten leren overzicht krijgen en houden over hun vorderingen, en leren de eigen ontwikkeling te sturen in de richting van de eindcompetenties. Competentieontwikkeling is een proces dat start in de opleiding, maar dat doorgaat na het afstuderen. Van de afgestudeerde verpleegkundige wordt verwacht dat deze zich blijft ontwikkelen. De student leert in de opleiding metacognities als het zelf monitoren van de effectiviteit van de eigen leerstrategieën. Het leren om te reflecteren op de eigen ontwikkeling en deze ontwikkeling te sturen via het formuleren van doelen en studieplannen, hangt nauw met deze metacognitie samen. Studiebegeleiding, en feedback van verpleegkundigen, medestudenten en docenten, zijn, evenals het portfolio, belangrijke hulpmiddelen binnen de ondersteunende leerlijn.

## 10.5 HORIZONTALE OPBOUW VAN DE OPLEIDING

### 10.5.1 PROPEDEUSE

In de propedeuse ligt de nadruk op het verwerven van basiskennis (achtergrondkennis), basisvaardigheden en klinisch redeneren. Daarnaast wordt extra aandacht besteed aan het ontwikkelen van verpleegkundig professioneel gedrag.

De inhoud van de propedeuse wordt gestuurd vanuit alle beroepscompetenties en dus alle zeven CanMEDS-beroepsrollen. Het niveau van het onderwijs wordt gestuurd doordat de propedeuse zich met name op het eerste complexiteitsniveau van de competenties richt, waarbij elke competentie voorzien is van indicatoren.

Integratie van kennis, vaardigheden en houding vindt vooral binnen het klinisch redeneren en in de oriëntatiestage plaats. Door deze opbouw voldoet de propedeuse aan de oriënterende en selecterende functie.

### 10.5.2 HOOFDFASE, TWEEDE OPLEIDINGSJAAR

In het tweede jaar verschuift de nadruk van basiskennis en basisvaardigheden naar verbreding van kennis en vaardigheden en integratie van kennis, vaardigheden en beroepshouding.

Klinisch redeneren gekoppeld aan specifieke doelgroepen (ouderen, oncologische patiënten, vitaal bedreigde patiënt) blijft een belangrijke vaardigheid. Naast het microniveau is er ook

aandacht voor het meso- en macroniveau van zorgverlening (bijvoorbeeld: kwaliteitszorg, gezondheidsrecht). Er is een stage, en er is projectonderwijs waarin beroepsproblemen centraal staan. De cursussen en trainingen blijven naast het projectonderwijs belangrijke onderwijsonderdelen. Ook binnen de cursussen en trainingen is er een verschuiving van basiskennis en -vaardigheden naar meer gespecialiseerde kennis en vaardigheden. De inhoudelijke sturing geschiedt vooral vanuit beroepscompetenties in de CanMEDS-beroepsrollen zorgverlener, communicator, samenwerkingspartner en reflectieve EBP-professional. Het niveau van het onderwijs wordt vanaf het tweede jaar gestuurd door een verschuiving van het complexiteitsniveau naar niveau 2.

#### 10.5.3 HOOFDFASE, DERDE OPLEIDINGSJAAR

In het derde opleidingsjaar volgen alle studenten een minor. Hiermee kunnen zij een eigen kleuring aan hun opleiding geven. Een aantal minoren kan aan een stage gekoppeld worden (bijvoorbeeld minor Complexe Wijkverpleegkundige Zorg, minor Intensief Klinische Zorg). Het binnenschools onderwijs in het derde opleidingsjaar wordt dus grotendeels vormgegeven via minoren. In de stageperiode zijn er enkele generieke onderwijsonderdelen die voor alle studenten geprogrammeerd worden. Het gaat hierbij om onderdelen (zoals klinisch redeneren) waarbij de korte weerkerende cyclus theorie-praktijk-theorie-praktijk gebruikt wordt om optimale leereffecten te bereiken.

#### 10.5.4 AFSTUDEERFASE (HOOFDFASE, VIERDE OPLEIDINGSJAAR)

In de afstudeerfase is het onderwijs gekoppeld aan de afstudeerstage. De student volgt een lange stage in de AGZ, GGZ of MGZ, waarin de student het eindniveau van beginnend verpleegkundig beroepsbeoefenaar aantoont. Verder werkt de student alle afstudeercomponenten uit vanuit deze stage. Voor de kenniscomponent geldt dat de nadruk sterk op voorgrondkennis ligt.

#### 10.5.5 AFSTUDEERPROGRAMMA

Het afstudeerprogramma bestaat uit een stage, een kleine kwaliteitsverbeteringsopdracht in het primair proces, een literatuurstudie, een case study en een reflectieverslag. In de stage en bij deze opdrachten toont de student het eindniveau van de opleiding aan en laat zien alle competenties op niveau 3 ontwikkeld te hebben. Alle beroepscompetenties hebben een plaats in het afstudeerprogramma. Dit biedt de student de kans aan te tonen dat deze competenties inmiddels voldoende ontwikkeld zijn.

Alle componenten van het afstudeerprogramma zijn individueel, en studenten worden dan ook individueel beoordeeld.



## 10.6 VERTICALE OPBOUW: OPBOUW VAN DE LEERLIJNEN

Door het onderwijs via leerlijnen te programmeren wordt de opbouw en de samenhang van de onderwijsonderdelen bevorderd. Deze programmering volgt globaal de volgende principes.

1. Bij het onderwijs in de propedeuse ligt de nadruk op de conceptuele leerlijn, de vaardighedenleerlijn en de ondersteunende leerlijn. Tijdens de stage wordt via de praktijkleerlijn aan integratie gewerkt. Hierbij wordt ervan uitgegaan dat zinvolle integratie op competentieniveau pas mogelijk is indien de student over voldoende basiskennis en basisvaardigheden beschikt.
2. In de hoofdfase is het studieprogramma via alle vijf de leerlijnen geordend.
  - a. In de conceptuele leerlijn ligt de nadruk aanvankelijk op kennis gekoppeld aan het primair proces. Naarmate de opleiding vordert, richt de conceptuele leerlijn zich steeds meer op het secundaire zorgproces, het primaire proces blijft echter gedurende de hele opleiding een belangrijke pijler onder de kennisontwikkeling.  
Belangrijke uitgangspunten bij het programmeren van onderwijs in de conceptuele leerlijn zijn basiskennis (klinische relevantie, bijvoorbeeld: medische kennis, psychologie, psychopathologie), klinisch redeneren, evidence-based practice.  
Aangezien de taal van de wetenschap Engels is, worden studenten vanaf het eerste jaar binnen de conceptuele leerlijn vertrouwd gemaakt met Engelstalige literatuur.
  - b. De vaardighedenleerlijn is geordend via het principe van toenemende complexiteit. De propedeuse bevat vooral trainingen in basisvaardigheden, in de hoofdfase worden meer specifieke en complexere vaardigheden getraind. In een aantal gevallen is ervoor gekozen trainingen te programmeren tijdens de stageperiode. Op deze manier wordt een optimale wisselwerking tussen praktijkervaringen, trainingen en praktijkleren nagestreefd.
  - c. De integrale leerlijn is via projectonderwijs vormgegeven. Projecten kunnen gekenschetst worden als samengestelde beroepsproblemen, waarbij de studenten in kleine groepjes de probleemoplossende cyclus doorlopen. Dit vraagt verschillende soorten vaardigheden, niet alleen probleemoplossende vaardigheden maar ook samenwerkingsvaardigheden en, in beperkte mate, managementvaardigheden. Doordat de beroepsproblemen alleen opgelost kunnen worden met behulp van vakkennis, dwingt een projectopdracht studenten op zoek te gaan naar goede bronnen voor specifieke vakkennis, zich deze kennis eigen te maken en in de uitwerking van het project toe te passen.  
Aan het begin van de hoofdfase zijn de projectopdrachten goed gestructureerd en wordt de manier van werken door de opleiding gestuurd. Naarmate de opleiding vordert neemt de structurering van de beroepsproblemen en projectopdrachten af. Tegelijk verschuift de sturing van de werkwijze van de opleiding naar de student.
  - d. De praktijkleerlijn omvat een jaarlijkse stage. De stages zijn geordend volgens toenemende complexiteit. Ook de stageopdrachten nemen toe in complexiteit. De stages omvatten zeven van de zestien onderwijsblokken van de opleiding.

- e. Bij de ondersteunende leerlijn wordt de begeleiding in de propedeuse vooral groepsgewijs gegeven. In de hoofdfase verschuift dit naar steeds meer individuele begeleiding. Ook hier verschuift de sturing door de opleiding in de propedeuse naar steeds meer zelfsturing door de student naarmate de opleiding vordert.

## 10.7 OPBOUW VAN DE DUAALOPLEIDING

De beroepscompetenties van de duaalopleiding zijn gelijk aan die van de andere opleidingsvarianten. Ook het propedeuseprogramma van de duaalopleiding is gelijk aan het propedeuseprogramma van de voltijd HBO-V (uitzondering: studenten van het OLVG volgen in het eerste jaar een eigen duaalprogramma). Vanaf het tweede leerjaar volgen de duaalstudenten een opleidingstraject waarin leren en werken gecombineerd wordt. Omdat studenten in het tweede opleidingsjaar als werknemers bij hun werkgevers ingezet worden, is al snel bekwaamheid op een basisniveau vereist. Om dit basisniveau te bereiken is het onderwijs van het tweede jaar zo geprogrammeerd dat er relatief kleine cursussen en trainingen zijn, met veel aandacht voor achtergrondkennis en vaardigheden, die tezamen studenten in staat stellen om hun werknemerschap waar te maken. Voorbeelden van dergelijke cursussen zijn 'chronische zorgvragers' en 'kwetsbare ouderen', doelgroepen die binnen de zorginstellingen veel voorkomen.

Vanaf het derde opleidingsjaar is het binnenschoolse curriculum van de duaalopleiding gericht op verbreding van kennis over verschillende doelgroepen, en verdieping van kennis en vaardigheden als klinisch redeneren en casemanagement. De werkervaring van de duaalstudent wordt in het opleidingsprogramma ingepast; zo nemen studenten via praktijkopdrachten hun werkervaringen mee in de cursussen en trainingen. Hierdoor wordt de integratie van praktijk en theorie bevorderd.

In het werk worden de studenten dagelijks geconfronteerd met patiënten. Dit maakt het leren in de praktijk tot een krachtige bron van integratie van kennis, vaardigheden en beroepshouding, tot competenties. Via praktijkopdrachten en een persoonlijk praktijkleerplan wordt transfer en het daadwerkelijk optreden van deze integratie bewaakt.

## 10.8 EISEN BIG

In het aan de Wet BIG gekoppelde Opleidingsbesluit (zie paragraaf 4.1 Wetgeving) staat als voorwaarde voor registratie als verpleegkundige:

- ten minste 1535 uur theorieonderwijs;
- ten minste 2300 uur praktijkonderwijs.

Deze voorwaarden gelden in gelijke mate voor de voltijd- en duaalvarianten.

Door de frequente en lange stages voldoet de HBO-V aan de 2300-uur-eis voor praktijkonderwijs.

De eisen voor het aantal theorie-uren komen uit een tijdperk dat via een ander onderwijs-concept naar onderwijs gekeken werd. In de huidige HBO-V wordt gerekend in studiebelastinguren. De volledige HBO-V opleiding telt 6720 (240 x 28) studiebelastinguren. In alle varianten van het curriculum wordt vastgehouden aan de omvang van het praktijk-onderdeel, dus ten minste 2300 uur praktijkonderwijs. Leren in de praktijk wordt ook in het huidige curriculum van de HBO-V gezien als de meest krachtige leeromgeving om het verpleegkundig beroep te leren.

Het theorieonderwijs binnen de HBO-V overstijgt de 1535 uur ruim. Binnen het onderwijs-concept van competentiegericht leren wordt een groot belang gehecht aan zelfstandig leren en samenwerkend leren. Dit betekent dat op een specifieke manier wordt omgegaan met instructie en begeleiding van het leren van studenten. Hierbij worden de studiebelastinguren onderscheiden in 'begeleide' en 'onbegeleide' studiebelasting:

- Studenten werken aan projecten waarbij de begeleiding door de docent op afstand plaatsvindt. Docenten geven wekelijks begeleiding op inhoud en proces, maar leveren ook (schriftelijk) inhoudelijke feedback op tussen- en eindproducten. Deze vormen van onderwijs zijn intensief voor student en docent, maar leveren in de traditionele zin weinig 'contacttijd' tussen student en docent op.
- In cursussen en trainingen worden opdrachten besproken waaraan studenten alleen of in groepen in de loop van de cursus hebben gewerkt. Voor dualonderwijs geldt dat praktijkervaringen worden bewerkt en ingebracht in de lessen. De studenten werken grotendeels zelfstandig aan het voorbereiden en uitwerken van opdrachten.
- Studenten werken aan de opbouw van een portfolio waarin zij reflecteren op de eigen competentieontwikkeling. Een aantal keer gedurende de opleiding bespreekt de student in een individueel gesprek de voortgang van het leren in termen van competentie-ontwikkeling. Deze gesprekken leveren studenten ondersteuning en impulsen op voor verder leren en verdieping. De feitelijke contacttijd (het gesprek) is beperkt in tijd, de impact is veel groter.

## 10.9 LITERATUUR

Bransford JD, Brown AL, Cocking RR (editors). How people learn. Washington DC: National Academy Press; 2000.

HBO-raad. Kwaliteit als opdracht. Den Haag: HBO-Raad; 2009.

Klarus R. Werkplekleren en leerresultaten. ZP: ZU; 2002.

# 11 ONDERWIJS- ONTWIKKELING

## 11.1 INLEIDING

Door de voortdurende onderwijsontwikkeling binnen de HBO-V blijven de bestaande leerplannen inhoudelijk en onderwijskundig actueel, relevant en passend binnen de opleidingsfase van de student. Er is een vast proces waarlangs deze onderwijsontwikkeling verloopt (zie voor het stroomdiagram van dit proces bijlage 5). In dit proces speelt een aantal personen en gremia een belangrijke rol, namelijk de curriculumcommissie (inclusief opleidingscommissielid), de onderwijseenheid-docentengroep, het Opleidingsteamoverleg (OTO), de hogeschoolhoofddocent, de contactpersoon onderwijseenheid.

## 11.2 ONDERWIJSEENHEID

Het onderwijs binnen de HBO-V is ingedeeld in een van de 10 onderwijseenheden:

- afstuderen;
- buitenschools leren;
- evidence-based practice;
- klinisch redeneren;
- medische kennis;
- projectonderwijs;
- professionalisering;
- vaardigheden, verpleegtechnisch;
- vaardigheden, communicatie en reflectie;
- verpleegkundige zorg.

Er is een contactpersoon (COP) voor elke onderwijseenheid. Een van de taken van deze contactpersoon is het monitoren van het actualiseren van de onderwijsinhoud binnen de onderwijseenheid.

### 11.3 CURRICULUMCOMMISSIE

De curriculumcommissie initieert curriculumvernieuwing en monitort en bewaakt de voortgang hiervan. Daarnaast bewaakt de curriculumcommissie de inhoud en de samenhang van het curriculum, zowel onderwijskundig als beroepsinhoudelijk. Naast docenten zijn er een of twee studenten lid van de curriculumcommissie. Deze studentenvertegenwoordiging is afkomstig uit de opleidingscommissie. De curriculumcommissie heeft een dagelijks bestuur dat zorgdraagt voor curriculumvragen waarbij een snelle reactie nodig is, of die te beperkt zijn om in de volledige commissie te bespreken. De curriculumcommissie adviseert de opleidingsmanager over alle curriculaangelegenheden.

### 11.4 VERLOOP ONDERWIJSONTWIKKELING

Het actueel houden van bestaande curricula verloopt via een vaste procedure (zie ook bijlage 5).

- Ideeën en voorstellen van docenten of studenten voor actualisering en andere aanpassingen in het onderwijs worden als eerste voorgelegd aan de COP. De COP gaat na wat de andere vakdocenten van het betreffende onderwijs van het voorstel vinden. Indien het voorstel breed wordt gedragen legt de COP het voorstel voor aan de hogeschoolhoofddocent (HHD).
- De HHD toetst het voorstel op urgentie en passendheid binnen het hele curriculum. Indien het voorstel hieraan voldoet, brengt de HHD het voorstel in het Dagelijks Bestuur (DB) van de curriculumcommissie (currcie) in.
- Het DB bepreekt het voorstel, en indien ook het DB instemt met dit voorstel tot onderwijsontwikkeling, neemt het OTO het besluit al dan niet tot deze onderwijsontwikkeling over te gaan.
- De currcie bepreekt het voorstel, en er wordt een lid van de currcie aan deze ontwikkeling gekoppeld.
- Vervolgens wordt in het DB de onderwijsontwikkelopdracht opgesteld, het ontwikkelbudget toegewezen, en vastgesteld welke docenten het onderwijs zullen ontwikkelen. Indien mogelijk wordt aan een of meer verpleegkundigen (of andere professionals) uit het relevante werkveld gevraagd om mee te lezen met de ontwikkeling van de studiehandleiding. De ontwikkelopdracht wordt in het OTO vastgesteld.
- Vervolgens bespreken het currcielid en de ontwikkelende docent de ontwikkelopdracht.
- De ontwikkelende docent maakt een startdocument waarin de plannen voor de uitwerking van de ontwikkelopdracht op hoofdlijnen weergegeven worden, en stuurt dit document naar het currcielid, die het startdocument in de vergadering van de currcie inbrengt. Het currcielid besprekt de uitkomsten van de bespreking met de ontwikkelende docent.
- Het startdocument wordt ter goedkeuring aan het OTO voorgelegd.

- Hierna ontwikkelt de ontwikkelende docent de studiehandleiding en indien mogelijk ook een docentenhandleiding.
- Ongeveer halverwege de ontwikkelperiode verzorgt de ontwikkelende docent een tussenrapportage voor het currcielid, zodat deze zicht op de voortgang blijft houden.
- Als de studiehandleiding klaar is, stuurt de ontwikkelende docent deze naar het currcielid. Het currcielid toetst de handleiding aan de afspraken die uit het startdocument voortkomen, het taalgebruik, het gebruik van het format van studiehandleidingen, en de toepassing van de vancouverstijl (bij het verwijzen naar documentatiebronnen en het beschrijven van titels van publicaties). Indien het currcielid akkoord gaat met de studiehandleiding stuurt hij/zij deze handleiding door aan de HDD. De HDD voert een tweede toetsing uit, zodat elke handleiding door ten minste twee currcieleiden is getoetst.
- Indien ook de HDD akkoord gaat, voert de HDD de eindredactie van de studiehandleiding uit, plaatst de definitieve handleiding in de handleidingdatabase, en informeert de teamcoördinator, de COP en de voorzitter van de currcie over de nieuwe studiehandleiding.
- De handleiding komt ter kennisgeving in het OTO.

## 11.5 BEGROTINGSKADERS

Om de bestaande leerplannen inhoudelijk en onderwijskundig actueel en relevant te houden is voortdurende onderwijsontwikkeling binnen de HBO-V noodzakelijk. Naast eerdergenoemde personen en gremia die hierin een belangrijke rol spelen, wordt er ook input geleverd vanuit onderzoek, patiëntenzorg en werkvelddeskundigen.

De opleiding stelt op basis van (onder andere) het meerjarig faculteitsplan jaarlijks de strategische agenda op (A3 opleiding Verpleegkunde). Plannen ten aanzien van onderwijsontwikkeling worden hierin meegenomen.

Dit proces vraagt om personele en financiële middelen. Jaarlijks stelt de opleiding aan de hand van de Interne Kaderbrief de begroting op. De opbrengsten van de opleiding bestaan uit: de Rijksbijdrage, collegegelden en overige opbrengsten. De Rijksbijdrage wordt naar de opleiding toegerekend op basis van de bekostigde inschrijvingen T-2 uit de administratie van de Dienst Uitvoering Onderwijs (DUO). Collegegelden worden aan de opleidingen toegerekend op basis van 8/12 van de studenten per september van het lopende studiejaar en 4/12 van de studenten per september van het begrotingsjaar (minus een percentage uitstroom). Overige opbrengsten zijn detacheringen of andere door de opleiding gegenereerde opbrengsten.

Voor het begrotingsjaar wordt de OP/S-ratio voor de hele faculteit vastgesteld. De ratio wordt berekend als de verhouding tussen het totaal aantal fte's aan onderwijzend personeel en het

totaalaantal ingeschreven studenten gemeten als *gemiddelde* over een studiejaar. De ratio is inclusief loonkosten derden en omvat alle activiteiten van een opleiding:

- het draaien van het curriculum;
- kwaliteitszorg en examencommissie;
- curriculumonderhoud opleidingen (en de verleturen);
- normatief ziekteverzuim (4%);
- duurzaam verlof en ouderschapsverloven;
- activiteiten zoals grotere projectmatige curricula-aanpassingen worden ook meegeteld in de ratio.

De planning- en controlcyclus van de HvA stimuleert de opleiding om ieder kwartaal te monitoren en te verantwoorden of de gemaakte afspraken ten aanzien van onderwijsontwikkeling nog conform A3 en begroting plaatsvinden. De opleidingsmanager/lector van de opleiding is eindverantwoordelijk voor dit proces.

# 12 ONDERWIJSVORMEN

## 12.1 ACTIVEREND ONDERWIJS

Het onderwijs beoogt een actieve verwerking van de leerstof door de student. Actieve verwerking is nodig om tot begrijpend leren te komen (in plaats van reproductief leren). Actieve verwerking vereist werkvormen waarmee de student zichzelf vragen over de leerstof stelt en deze gebruikt om tot dieper begrip van de leerstof te komen.

Activerend onderwijs richt zich op verschillende vormen van kennis. Het gaat om zowel declaratieve kennis (kennis van feiten, concepten en verbanden), als procedurele kennis (kennis verbonden met vaardigheden en methodisch handelen), situationele kennis (kennis gericht op gebruik in een specifieke situatie), en strategische kennis (kennis over keuzen, bijvoorbeeld welke interventie, wat is moreel verantwoord) (Kayzel, 2009). Het vereist dat de student bewust leert, dat expliciet aandacht aan transfer wordt besteed, en dat steeds de verbinding tussen theorie en praktijk wordt gelegd.

Binnen de HBO-V wordt in het onderwijs steeds gekozen om uitleg van leerstof hand in hand te laten gaan met verwerkingsopdrachten. De verwerkingsopdrachten zijn zo ontworpen dat verschillende vormen van kennis met elkaar in verband worden gebracht, dat theorie en praktijk aan elkaar gekoppeld worden, en dat de student feedback ontvangt en geeft.

## 12.2 BLENDED LEARNING

### 12.2.1 INLEIDING

Er zijn veel uiteenlopende definities van blended learning (zie bijvoorbeeld Vandeput et al., 2011), maar naar ons idee gaat het bij blended learning om de vraag op welke wijze de digitale technologische leermogelijkheden gebruikt kunnen worden in een mengvorm met de niet-digitale technologische leermogelijkheden, in een effectieve en efficiënte didactiek die aansluit bij de huidige student, de maatschappij, en bij de vakinhoud van het verpleegkundig beroep. Uitgangspunt hierbij is niet de technologie, maar de lerende student. Dit roept vragen op als: Welke digitale vaardigheden heeft de student nodig om in 2025 goed te kunnen functioneren in het beroep? Hoe verbetert blended learning het actief leren en bevordert het diep-leren? Hoe staat blended learning ten dienste van de verpleegkundige vakinhoud?



### 12.2.2 INFORMATIEVAARDIGHEDEN

Brand-Gruwel (2012) beschrijft dat het bij informatievaardigheden, vanuit het perspectief van de ontvanger van informatie, draait om de vraag hoe studenten op structureel en strategisch niveau (zie hieronder) vanuit een informatiebehoefte een zoekvraag formuleren, informatie zoeken, informatie kritisch beoordelen en selecteren, informatie bestuderen en verwerken. Daarbij zijn drie typen vaardigheden nodig die ook alle voor digitale informatie gelden. Het gaat om de volgende (gedeeltelijk digitale) vaardigheden (Brand-Gruwel, 2012, p.10/11), waarnaar ook wel verwezen wordt via het begrip *digital literacy* (Johnson et al., 2016):

1. Instrumentele vaardigheden, het kunnen omgaan met de technologie, en kunnen werken met de hardware en de software.
2. Structurele vaardigheden, het vinden van informatie en het beoordelen van de kwaliteit ervan. Als zender van informatie gaat het ook om het verwoorden van informatie, en het communiceren via diverse kanalen.
3. Strategische vaardigheden, het redeneren. Vaardigheden en houdingen ten aanzien van de waarde van het actief zoeken naar goede informatie in relatie tot het nemen van beslissingen en hun consequenties en opvolgende acties.

Bij informatievaardigheden gaat het vooral om de structurele en strategische vaardigheden, en zijn de instrumentele vaardigheden voorwaarde om tot verschillende vormen van digitaal beschikbare informatie te kunnen komen. Voor het onderwijs is het van belang zich te realiseren dat er grote variatie bestaat in de (digitale) informatievaardigheden tussen jongeren. Uit door Brand-Gruwel (2012, p.16) opgesomd onderzoek blijkt dat de grote groep studenten vooral gericht is op sociale netwerken, mobiele telefoon, internet en e-mail, hun digitale vaardigheden zijn vooral instrumentele vaardigheden. Kirschner & Van Merriënboer (2013) ontmaskeren de mythe dat de huidige generatie studenten *digital natives* zouden zijn. In vergelijking met hen blijken experts in informatievaardigheden meer tijd te besteden aan het opstellen van een zoekvraag, hun voorkennis hierbij te betrekken, hun zoekvraag en zoekstrategie tijdens het proces eventueel bij te stellen, de kwaliteit van de gevonden informatie vaker te beoordelen, en daarbij de bron van of achter de informatie te betrekken, en meer verschillende bronnen te gebruiken. Daarnaast verwerken experts de informatie dieper (Brand-Gruwel, 2012, p.12).

### 12.2.3 BEPALERS VAN BLENDED LEARNING

In navolging van Brand-Gruwel (2012) en Alexander et al. (2009), onderscheiden we vier typen bepalers van blended learning:

1. de karakteristieken van de lerenden ('het wie');
2. het beroepsinhoudelijk onderwerp waar het blended learning aan bijdraagt ('het wat');
3. de ecologische situatie op een bepaalde plaats ('het waar');
4. de ecologische situatie in een bepaalde tijd ('het wanneer').

### 12.2.3.1 Wie?

Hierbij gaat het om (1) de motivatie van de student om te leren via blended learning. Studenten zijn over het algemeen sterk gemotiveerd tot blended learning, informatie in digitale vorm heeft een duidelijke voorkeur boven boeken (Brand-Gruwel, 2012, p.13). Als tweede is de voorkennis en de ervaring van de lerende met zowel de te leren inhoud als met (digitale) informatievaardigheden van belang. Verder zijn (3) de opvatting die de lerende heeft over de objectiviteit/subjectiviteit en (on)zekerheid van kennis, en (4) de houding of mening tegenover het onderwerp waarover wordt geleerd, medebepalend voor de inhoud en het proces van het (digitaal) leren.

### 12.2.3.2 Wat?

Het 'wat' kan in zijn algemeenheid beantwoord worden met 'het leren van de vakinhoud en het beheersen van de digitale vaardigheden die nodig zijn voor het uitoefenen van het verpleegkundig beroep in 2025'. Per leersituatie gaat het natuurlijk om de dan te leren specifieke leerinhoud.

### 12.2.3.3 Waar?

In het kader van dit opleidingsplan gaat het om het formele leren, het leren dat via een leerplan in gang wordt gezet, en de doelen en eindkwalificaties die beoogd worden geleerd te worden. Een deel van dit formele leren speelt zich binnen het schoolgebouw af, en de docent bepaalt daarbij grotendeels welke didactiek en technologie worden gebruikt. Maar een ander deel speelt zich tijdens niet-begeleide studietijd en al dan niet binnen het schoolgebouw af. Daar bepaalt de student zelf hoe hij/zij leert. Met andere woorden: "De context waarin wordt geleerd wordt mede door de lerende zelf gecreëerd." (Brand-Gruwel, 2012, p.15).

### 12.2.3.4 Wanneer?

Hierbij gaat het om de situering van de leerstof, de didactiek, de gebruikte technologie en de te leren of te gebruiken (digitale) informatievaardigheden in de vier jaar die de opleiding duurt.

## 12.2.4 BLENDED LEARNING IN DE OPLEIDING TUSSEN 2018 EN 2025

De opleiding neemt zich voor blended learning beleid te ontwikkelen en uit te voeren in de komende jaren. Daarbij moeten de volgende vragen beantwoord worden:

- Hoe kan blended learning gebruikt worden als nieuw didactisch arsenaal om tot *deep learning* van de verpleegkundige beroepsinhoud te komen?
- Hoe willen wij als HBO-V dat blended learning wordt gebruikt, zodat dit aansluit bij 'de student van nu'?
- Hoe worden studenten volwaardige kenniswerkers met informatievaardigheden die passen bij het verpleegkundig beroep anno 2025? (verg. Brand-Gruwel, 2012, p.19). Hierbij geldt dat het er niet alleen om gaat informatie-ontvanger te zijn, maar ook om informatie te zenden en kennis te delen (connectivisme).

Het gaat er dus om dat blended learning een voortzetting is van de bekende didactische concepten, maar via nieuwe middelen tot een effectiever en efficiënter leren kan leiden. Daarmee is blended learning dus niet het gebruik van gadgets tijdens de les, noch het vertalen van de analoge wereld naar de digitale wereld door colleges op te nemen en als webcolleges beschikbaar te stellen.

## 12.3 PARTICIPATIE EN PARTICIPATIEPLICHT

### 12.3.1 INLEIDING

Binnen de HvA geldt dat er geen eis tot aanwezigheid gesteld mag worden, waarschijnlijk omdat aanwezigheid geen doel op zich is. Wel kan participatie verplicht worden<sup>5</sup> (en om te kunnen participeren is aanwezigheid noodzakelijk), waarbij dan wel meetbare participatie in de lesactiviteiten opgenomen moet zijn. Het gevolg geven aan de consequenties bij onvoldoende participatie, zoals in de handleiding volgens criteria gespecificeerd is, is echter niet eenvoudig. De HBO-V meent dat dit onderwerp niet benaderd moet worden als beheersprobleem, maar wil vanuit de onderwijskundige invalshoek beleid ontwikkelen ten aanzien van participatieplicht, dat past bij de huidige opleiding en de huidige student. Hieronder wordt ingegaan op de doelen van participatie in het contactonderwijs, en worden factoren beschreven die participatie beïnvloeden. Verder wordt ingegaan op de rol die 'plicht' speelt, en op manier(en) waarop participatieplicht een zinvolle rol kan spelen. Ten slotte wordt beleid geformuleerd ten aanzien van participatie en participatieplicht.

### 12.3.2 DOELEN VAN PARTICIPATIE

Het doel van participatie in contactonderwijs is het bevorderen van het behalen en verdiepen van leerdoelen. Wellicht klinkt dit als een open deur omdat dit voor het onderwijs als geheel geldt, toegespitst op contactonderwijs wordt hier bedoeld dat participatie gelegenheid geeft tot het in gang zetten (en uitvoeren) van effectieve leerstrategieën die op andere manieren niet of moeilijk te bereiken zijn. De unieke mogelijkheden van contactonderwijs zijn met name 'directe interactie', 'actieve verwerking' en 'samenwerking'. Dit maakt het mogelijk om de effecten van onbegeleide leeractiviteiten te corrigeren (indien en waar nodig), te verbreden, te verdiepen, en correct in te oefenen.

### 12.3.3 PARTICIPATIE BEVORDEREN

Aanwezigheid en participatie worden door verschillende factoren beïnvloed. Hieronder worden een aantal factoren genoemd:

---

5 Bij bepaalde typen onderwijs waarbij aanwezigheid en participatie concrete en aanwijsbare meerwaarde heeft.

- Docent: mate waarin de docent didactisch arsenaal aanwendt om interactie en zinvolle participatie te bevorderen (zinvolle participatie betekent dat dit bijdraagt aan correcte, verbrede, verdiepte leereffecten en/of beter ingeoeffende vaardigheden).
- Student: oriëntatie op studiepunten/toetsen, of op leren. Groepsaspecten binnen de lesgroep. Motivatie om te leren.
- Onderwijsstructuur: mate waarin de cursus/training efficiënt ontworpen en beschreven is in de handleiding. Zijn alle contacturen even belangrijk, zijn deze uren efficiënt en effectief met leeractiviteiten ingevuld, zijn er onvoldoende of te veel contacturen? Is de voorbereiding op de contacturen zinvol en is dit ook duidelijk aangestuurd in de studiehandleiding? Is de relatie met de beroepsuitoefening op hbo-niveau duidelijk, en is de relatie met de toetsing duidelijk? Het totaal aan cursussen/trainingen/projecten/toetsen per periode en de daarmee samenhangende studielast.
- Voorwaarden: bevordert de roostering de aanwezigheid en participatie? Is het lokaal geschikt voor de les/training, is het lokaal ingericht in ' hoorcollege-opstelling' (bioscoopopstelling), of in 'interactie- en participatie-opstelling' (carré- ofwel U-vorm)?

#### 12.3.4 PLICHT

Participatieplicht lijkt een plicht voor de student te zijn, maar is een tweezijdige plicht. Het verplicht de docent en de onderwijsorganisatie ertoe de lessen zo te organiseren dat er via actieve en effectieve leermethoden correctie, verbreding, verdieping, of inoefening van kennis en vaardigheden plaatsvindt. De plichten voor de student zijn het zich goed voorbereiden op de lessen, en het daadwerkelijk participeren in de les.

#### 12.3.5 ZINVOLLE PARTICIPATIEPLICHT

Participatie is in veel gevallen zinvol (zie hierboven), maar niet in alle lessen, en niet altijd voor iedereen. De aanname dat niet alle studenten adequate keuzen maken in aanwezigheid (en participatie), pleit voor een doelgericht gebruik van participatieplicht. Dat kan in de vorm van een gelaagde toepassing. Hierbij wordt participatie bepaald aan de hand van expliciete doelen en gekoppeld aan zinvolle lesactiviteiten. Door daarnaast een aantal randvoorwaarden voor participatie te optimaliseren, wordt de daadwerkelijke participatie in de les bevorderd. Dit verbetert de kwaliteit van het onderwijs en rechtvaardigt een participatieplicht.

#### 12.3.6 BELEID TEN AANZIEN VAN PARTICIPATIEPLICHT

1. Algemene aanwezigheids- en participatieplicht in de propedeuse en in jaar 2 (behalve in hoorcolleges).

Aan het begin van de opleiding is het voor veel studenten te moeilijk om in te schatten of aanwezigheid en participatie nodig is of niet.

2. In jaar 3 en jaar 4 wordt per onderwijsonderdeel bepaald of er wel of geen participatieplicht geldt.

Deze bepaling vindt plaats op grond van vastgestelde criteria, bijvoorbeeld:

- in het contactonderwijs worden interactievormen gebruikt waarmee effectieve leerstrategieën in gang gezet worden die op andere manieren niet of moeilijk te bereiken zijn;
- in het contactonderwijs ligt de nadruk op werkvormen waarbij actieve verwerking plaatsvindt, gericht op corrigeren (indien nodig), verbreden, verdiepen, correct inoefenen.

3. Bij alle onderwijsonderdelen waar geen participatieverplichting geldt, is voor de eerste bijeenkomst wel aanwezigheid en participatie verplicht. Op deze manier kan de student geïnformeerd beoordelen of aanwezigheid en participatie in het vervolg van de lessenreeks zinvol voor hem/haar is.

4. In de studiehandleidingen worden de lesactiviteiten duidelijk uitgewerkt, zodat de student de aard en het doel van de lessen (en de bijdrage ervan aan het leerproces en de leeropbrengst) beter kan inschatten.

5. De curriculumcommissie gaat bij nieuw te ontwikkelen onderwijs per onderwijsonderdeel na in hoeverre de leeractiviteiten (zowel van de onbegeleide voorbereiding als van de lesinhoud) efficiënt georganiseerd zijn en op zinvolle wijze bijdragen aan het leerproces en de leeropbrengst van de student. Er wordt dus nagegaan wat er in de les gebeurt en of dat als *werkcollege* vormgegeven wordt, en of (in jaar 3 en 4) voor alle lessen participatieplicht geldt vanuit de 'zinvolle participatie'-gedachte.

6. Docenten sturen in lessen aan op actieve participatie, en spreken studenten aan indien zij niet actief participeren.

7. De opleiding en docenten bevorderen dat bij werkcolleges de leslokalen standaard in de 'participatie-opstelling' gezet worden: 'carré-vorm' in plaats van 'bioscoop-opstelling'.

8. Er wordt gemonitord in hoeverre ongewenste effecten van (het ontbreken van) participatieplicht optreden, bijvoorbeeld bij onderwijsonderdelen waar geen participatieplicht geldt en waaraan geen studiepunten verbonden zijn, zoals rondom het afstuderen. Indien blijkt dat er ongunstige effecten optreden, zal de opleiding nadere discussie over aanwezigheidsverplichting voeren.

9. Bijkomende aandachtspunten

- Docenten ondersteunen/bijhouden in didactiek gericht op het bevorderen van zinvolle actieve participatie.

- Groepsgrootte: bij verplichte participatie mag de groep niet te groot zijn om realistisch van zinvolle participatie te kunnen spreken.
- Roostering: een dag waarop slechts één les geroosterd is en veel tussenuren beperken de motivatie van de student om aanwezig te zijn.

## 12.4 LITERATUUR

Alexander PA, Schallert DL, Reynolds RE. What is learning anyway? A topographical perspective considered. *Educational Psychologist* 2009;44(3):176-92.

Brand-Gruwel S. Leren in een digitale wereld: uitdagingen voor het onderwijs. Oratie bij het aanvaarden van het ambt van hoogleraar Learning Sciences. Heerlen: Open Universiteit; 2012.

Johnson L, Adams Becker S, Cummins M, Estrada V, Freeman A, Hall C. NMC Horizon Report: 2016 Higher Education Edition. Austin, Texas: The New Media Consortium; 2016. Beschikbaar via: [www.nmc.org/publication/nmc-horizon-report-2016-higher-education-edition/?utm\\_source=nmc%20publications%20library&utm\\_campaign=eli%20library&utm\\_medium=eli%20website](http://www.nmc.org/publication/nmc-horizon-report-2016-higher-education-edition/?utm_source=nmc%20publications%20library&utm_campaign=eli%20library&utm_medium=eli%20website) (geraadpleegd 15 november 2016)

Kayzel R. Bouwstenen voor goed onderwijs. Amsterdam: HvA; 2009.

Kirschner PA, Van Merriënboer JG. Do learners really know best? Urban legends in education. *Educ Psychol*. 2013;48(3):169-83.

Vandeput L, De Gruyter J, Tambuyser L. Van e-leren naar geïntegreerd blended learning. Planning en implementatie van blended learning. Leuven: KHLeuven; 2011.

# 13 PORTFOLIO

## 13.1 INLEIDING

Een portfolio is een goed middel om competentieontwikkeling zichtbaar te maken. Alle onderdelen van het onderwijs zijn afgeleid van competenties en dragen bij aan het verwerven daarvan. Studenten staan regelmatig stil bij de wijze waarop zij werken aan het verwerven van deze competenties. Zij reflecteren in het portfolio op hun leerproces, kennen betekenis toe aan de bereikte leerresultaten en demonstreren hun competentieontwikkeling.

De opleiding gebruikt het softwareprogramma Mahara voor het beschikbaar stellen van een digitaal format voor het portfolio. Het is mogelijk dat dit op termijn vervangen wordt voor een nieuw digitaal portfolio van de Hogeschool van Amsterdam.

## 13.2 VISIE OP HET PORTFOLIO

Het portfolio vormt een verbindend element tussen het competentieprofiel en het binnen-schools- en buitenschools leren. Om deze verbinding voor de student zichtbaar te maken is het belangrijk om het portfolio 'in te bedden' in het curriculum (Driessen et al., 2007). Het portfolio wordt hierdoor geen 'sluitpost' van het leren maar een levend instrument, hetgeen de student merkt doordat op diverse plaatsen in het curriculum naar het portfolio verwezen wordt. De opleiding wil deze verbinding in de komende jaren verder versterken.

Het portfolio kan drie doelen vervullen: overzicht creëren, reflecteren, en bewijzen (Van Tartwijk et al., 2007). De opleiding HBO-V ziet het portfolio bij uitstek als een hulpmiddel dat studenten helpt om de ontwikkeling van de competenties voor henzelf en voor anderen zichtbaar te maken, en het eigen leerproces actief aan te sturen. De doelen 'overzicht creëren' en 'reflecteren' staan hierdoor centraal. Voor de rol van de docent betekent dit dat deze de student leert om adequaat te reflecteren, en dat deze bijdraagt aan gerichte sturing van het leerproces door de student.

## 13.3 BEOORDELING VAN HET PORTFOLIO

De beoordeling van het portfolio is gericht op de reflecties van de student en op de verbinding van de inhoudelijke materialen met de competenties. Er wordt dus niet beoordeeld op het bereikte niveau van de inhoudelijke materialen. Voor een voldoende beoordeling van het

portfolio staan gedurende de hele opleiding drie aspecten centraal: dat de reflectie voldoet aan de kwaliteitseisen voor reflecteren, dat de inhoudelijke materialen onder de juiste competentie staan, en dat er sprake is van zichtbare ontwikkeling door sturing van het leerproces. De beoordeling van het portfolio vindt driemaal in de opleiding plaats door (bij voorkeur) de studentbegeleider.

### 13.4 FUNCTIES VAN HET PORTFOLIO

Er kunnen vier functies van het portfolio onderscheiden worden.

1. De eerste functie van het portfolio is 'ontwikkeling zichtbaar maken'. In het portfolio worden voornemens (plannen) en de reflectie daarop (evaluatie en verantwoording) opgenomen.
2. De tweede functie van het portfolio is het 'selecteren van inhoudelijke materialen'. De student kiest uit alle materiaal dat zij produceert onderdelen die het verhaal over haar competentieontwikkeling aantonen. Dit betekent dat zij het portfolio organiseert in een aantal hoofdstukken waarin de competentieontwikkeling zichtbaar wordt gemaakt.
3. De derde functie van het portfolio is de functie van het 'archiveren'. In het portfolio kunnen alle documenten die betrekking hebben op de competentieontwikkeling overzichtelijk worden bewaard.
4. Ten vierde heeft het portfolio de functie van 'showcase'. In dit facultatieve onderdeel van het portfolio tonen de studenten materialen die zij graag willen presenteren vanwege de (ervaren of bewezen) goede kwaliteit, of die van belang zijn om te presenteren in het licht van een vervolgopleiding of sollicitatie.

### 13.5 PORTFOLIO-OPBOUW

De student werkt vanaf het tweede opleidingsjaar aan een eigen digitaal portfolio. Het gericht werken aan beroepscompetenties zal zoveel mogelijk in de stages gebeuren. De student kan in het binnenschools curriculum maar een beperkt deel van de beroepscompetenties laten zien. De nadruk binnenschools ligt vooral op het trainen van aspecten van beroepscompetenties, zodat deze tijdens de stage eenvoudiger verworven en aangetoond kunnen worden. Daarnaast biedt de stage ruimte om, afhankelijk van hetgeen er binnen de setting geleerd kan worden, inhoud te geven aan het leren en daarmee aan de competentieontwikkeling. Ook wordt de student in de stage op het individueel functioneren geobserveerd en beoordeeld. Deze voordelen van de stage maken het belangrijk dat het portfolio nauw aan de stage verbonden is. In het afstudeerjaar begint de student aan een onderwijsprogramma dat de student de gelegenheid geeft om nog aan alle beroepscompetenties te werken.



## 13.6 LITERATUUR

Driessen E, Van Tartwijk J, Van der Vleuten C, Wass V. Portfolio's in medical education; why do they meet with mixed success? A systematic review. *Med Educ.* 2007;41:1233-41.

Van Tartwijk J, Driessen E, Van der Vleuten C, Stokking K. Factors influencing the successful introduction of portfolios. *Qual in Higher Educ.* 2007;13:69-79.

# 14 STUDEERBAARHEID

## 14.1 INLEIDING

De HBO-V gebruikt de volgende omschrijving van 'studeerbaarheid': "Alle factoren die een voorspoedig verloop van een studie bewerkstelligen, of in ieder geval niet belemmeren" (Kok, 2006, p.9). De mate van studeerbaarheid van een opleiding is van veel aspecten afhankelijk.

## 14.2 INCLUSIE

In 2016/2017 heeft het Platform Inclusie op de HvA onderzocht welke mogelijkheden en belemmeringen er zijn voor HvA-studenten om succesvol te studeren en het gevoel te hebben dat zij deel uitmaken van de HvA-gemeenschap (Platform Inclusie, 2017). De HBO-V wil een opleiding zijn waar iedereen, ongeacht afkomst, geloofsovertuiging of geaardheid, zich thuis en welkom voelt. Tegelijk realiseert de opleiding zich dat zij niet goed zicht heeft op de mate waarin de opleiding een werkelijk inclusieve opleiding is. De komende jaren besteedt de opleiding veel aandacht aan inclusiviteit en spant zij zich in obstakels en belemmeringen op te ruimen. Uitgangspunt daarbij zijn de aanbevelingen voor (1) obstakels voor bewustwording en sensitiviteit, (2) toegankelijkheid: docenten en organisatie, en (3) 'de student doet ertoe'.

## 14.3 STUDENTBEGELEIDING

De studentbegeleider is een belangrijk persoon bij het bevorderen van de studeerbaarheid. Door het individuele contact met de student is een studentbegeleider de eerste persoon om factoren die het verloop van de studie bij een student of studentgroep beperken, te signaleren en met hen te bespreken. Door een laagdrempelig contact is de studentbegeleider ook de eerste persoon waar een student terecht kan als de student zelf factoren signaleert die de studie belemmeren.

Hoofdstuk 9 van het Opleidingsplan gaat uitgebreid in op de studentbegeleiding.

## 14.4 PROGRAMMERING EN TOETSING

### 14.4.1 PROPEDEUSE

Propedeusestudenten moeten leren te studeren aan een hbo-opleiding. Dat betekent dat de manier waarop het onderwijs geprogrammeerd wordt voor hen anders moet zijn dan voor studenten uit de hoofdfase van de opleiding. Binnen de HBO-V is het eerste jaar van de opleiding gestructureerd volgens verschillende herkenbare vakken, en de onderwijsactiviteiten zijn relatief sterk gestuurd door de opleiding. Door kortcyclisch onderwijs en door te programmeren in korte, wisselende cycli in semesters (in plaats van 10-weekse blokken) wordt de propedeuse beter studeerbaar (Kayzel, 2009; Bruijns et al., 2014). Semesterroostering vermindert ook de piekbelasting van toetsweken, doordat er kleinere (deel)toetsen tussendoor geprogrammeerd worden. Hierdoor zijn niet alleen de klassieke toetsweken verdwenen, maar ook de grote *high stake* toetsen.

Momenteel wordt nagegaan op welke wijze de HBO-V via het project Taal- en denkidactiek de overgang van de middelbare school naar het hbo kan vergemakkelijken. In samenwerking met het taalteam van de HvA-afdeling Studentenzaken werken vijf docenten aan deelprojecten (vergroten van de leesbaarheid van handleidingen en van studieliteratuur; vergroten van toegankelijkheid en effectief studeren via studievragen; effectiviteit van feedback aan studenten verhogen) om dit gestalte te geven.

### 14.4.2 KERNFASE EN AFSTUDEERFASE

Ook in de kern- en afstudeerfase wordt uitgegaan van bovengenoemde onderwijskundige inzichten, zoals korte onderwijscycli en diagnostische en deoltoetsen. Naarmate de opleiding vordert, wordt het onderwijs meer vanuit beroepsproblemen vormgegeven en stuurt de student steeds meer het eigen leerproces. Ook in de hoofdfase wordt het project Taal- en denkidactiek uitgevoerd.

### 14.4.3 TOETSEN EN HERKANSINGEN

Een toetsrooster geeft de studenten overzicht over de toetsprogrammering. Elke eerste toetspoging wordt gevolgd door een toetsnabespreking, en nadat de examinerator de toets heeft nagekeken is er een gelegenheid ingeroosterd om de eigen toets in te zien. Het toetsrooster helpt de student de eigen studie-activiteiten te plannen. Doordat toetsen meer onderdeel van het onderwijs worden, in plaats van afsluiting van het onderwijs (deoltoetsen, diagnostische en proeftoetsen, goede voorbeelden van *take home*-toetsuitwerkingen), wordt het toetsen ook gebruikt om van te leren, om de eigen leerstrategie te beoordelen en, zo nodig, bij te stellen (Bransford et al., 2000; Kayzel, 2009). De toetsnabespreking en toetsinzage dragen er eveneens aan bij dat de student beter inzicht krijgt in de eigen kennislacunes. Hierdoor kan de student het eigen studeergedrag bijstellen.

#### 14.4.4 DUBBELE PROGRAMMERING

Het onderwijs in een deel van het eerste en van het tweede opleidingsjaar en van het hele derde opleidingsjaar wordt tweemaal per jaar aan studenten van de voltijdopleiding aangeboden. Dit geldt ook voor de meeste minoren. Hierdoor kunnen studenten een eventuele studieachterstand tot een half jaar beperkt houden.

### 14.5 KEUZEMOGELIJKHEDEN

Binnen het curriculum kan de voltijdstudent op een aantal momenten keuzen maken om zo de inhoud van de eigen studie te beïnvloeden.

Elke voltijdstudent kan de volgende keuzen maken:

- Deelname aan een AMC-programma, zowel AGZ als GGZ (aangezien er een beperkt aantal plaatsen voor de AMC-programma beschikbaar is, kan het zijn dat er een selectie plaatsvindt onder de studenten die zich aanmelden).
- Deelname aan het anesthesieprogramma en het operatie-assistent-programma.
- Deelname aan het AIZ-programma.
- Deelname aan een minor.
- Voorkeur voor een afstudeerstage (niet: de stageplek, wel: het stageveld en de patiëntencategorie). Hierbij geeft de student drie voorkeurstages aan, de student wordt op een van deze stages geplaatst.
- Deelname aan honours-(talent)programma's en *summerschool*.

De opleiding zal in nauwe samenspraak met het werkveld in de toekomst het keuzepalet uitbreiden om zo (nog) beter aan te sluiten op de wensen van de student en de praktijk.

Daarnaast geldt voor zowel dual- als voor voltijdstudenten:

- Keuze voor een specifieke patiëntencasus en klinisch probleem voor de afstudeerproducten Literatuurstudie en Case study.

Om de studenten in de gelegenheid te stellen om weloverwogen keuzen te maken, is er jaarlijks een minorenmarkt, en een college in jaar 3 over de keuze van de afstudeerstage. Daarnaast is het een van de taken van de studentbegeleider om de student te ondersteunen bij het maken van geïnformeerde keuzen binnen de opleiding.

Verder kunnen studenten binnen diverse projecten en andere opdrachten hun eigen accenten leggen, en deze in de opdrachtuitwerking verwerken. Hierdoor is de student met name in combinatie met de stage in de afstudeerfase in staat een eigen afstudeerprofiel op te bouwen (bijvoorbeeld: forensische psychiatrie binnen de GGZ, of kinderverpleegkunde binnen de AGZ).

Ten slotte hebben studenten de mogelijkheid om een van de extracurriculaire honours-(talent) programma's te volgen.

## 14.6 STUDIEMATERIALEN

De student beschikt per onderdeel over een duidelijke studiehandleiding. De studiehandleiding heeft een vast format waarin per onderwijsonderdeel informatie over studiepunten en studiebelasting, doelen, competenties, hbo-kernkwalificaties/NLQF, literatuur en toetsing gegeven wordt. Per les worden doelen vermeld, net als de lesvoorbereiding en lesactiviteiten. Dit stelt studenten in staat hun studie te plannen.

Studiematerialen worden steeds meer gedigitaliseerd, waardoor de studenten deze tijd- en plaats-onafhankelijk kunnen raadplegen. Daarnaast draagt ook de toename van e-learning en blended learning bij aan een goede studeerbaarheid.

## 14.7 STUDIEGROEPEN

Studenten horen tot een vaste basisgroep van ongeveer 28-32 studenten, waarin een groot deel van het onderwijs gevolgd wordt. Voor trainingen en studieloopbaanbegeleiding worden deze groepen in twee vaste helften gesplitst. Studenten kennen hierdoor hun medestudenten en hun studiegroepen.

Per leerlijn is een groepsgrootte bepaald die afgestemd is op de manier van leren bij het betreffende type onderwijs:

- hoorcolleges: het halve of het hele jaarcohort;
- werkcolleges: basisgroepen van 28-32 personen;
- trainingen: halve basisgroepen (14-16 personen);
- projecten: 3-7 personen;
- afstudeerprogramma: individueel;
- studentbegeleidingsgroepen: halve basisgroepen;
- stagebegeleiding: individueel;
- leerondersteuning bij stage (LOS-)groepen: 13-16 personen;
- MPB (methodische praktijkbegeleiding): 6-8 personen;
- intervisie: 3-5 personen.

## 14.8 VERDELING STUDIELAST

De studielast van de HBO-V is per onderwijsjaar over 42 weken gespreid.

Voor voltijdstudenten zijn er 2 semesters van 20 of 21 lesweken. Binnen elk van deze perioden zijn ongeveer 30 studiepunten te behalen.

GGZ-duaalstudenten volgen de propedeuse samen met de voltijdstudenten. De hoofdfase is onderverdeeld in leerjaren, die op hun beurt weer uit twee leerperioden bestaan, die elk ongeveer evenveel studiepunten genereren.

Bij AGZ-duaalstudenten is het onderwijs vanaf het begin van de propedeuse in korte leercycli geprogrammeerd. Hierdoor volgen praktijk- en theorielessen elkaar snel op, wat de transfer en integratie van leerstof bevordert.

Voor studenten die het AIZ-programma volgen geldt een verhoogde studielast. Hierdoor is het mogelijk een substantieel onderdeel van de leerstof van verpleegkundige vervolgoopleidingen op te nemen in de opleiding.

## 14.9 LITERATUUR

Bransford JD, Brown AL, Cocking RR (editors). How people learn. Washington DC: National Academy Press; 2000.

Bruijns V, Kayzel R, Morsch I, Ruis P. Leidraad studeerbaar en robuust onderwijs. Amsterdam: Hogeschool van Amsterdam; 2014.

Kayzel R. Bouwstenen voor goed onderwijs. Interne ASHP-notitie. Amsterdam: HvA; 2009.

Kok M. Effectief studeren. Interne HvA-publicatie. Amsterdam: HvA; 2006.

Platform Inclusie. Inventarisatie inclusiviteit op de HvA. Amsterdam: HvA; 2017.

# 15 INTERNATIONALISERING

## 15.1 INLEIDING

De HBO-V ontleent haar opleidingsbeleid op het gebied van internationalisering aan het HvA-breed beleid (Kadernotitie Internationaliseringsbeleid, 2017). Hierin wordt van opleidingen gevraagd (p.4/5 en 12):

- te voldoen aan de internationale oriëntatie, zoals vereist in standaard 1 van het beoordelingskader accreditatie;
- te zorgen voor meetbare internationale en interculturele competenties;
- samen te werken met buitenlandse opleidingen en kennisinstellingen;
- studenten optimaal op te leiden tot een loopbaan in de regionale en grootstedelijke arbeidsmarkt;
- randvoorwaarden en kwaliteitscriteria te formuleren voor internationalisering;
- internationalisering en interculturaliteit als ontwikkelperspectief voor studenten en docent-onderzoekers te integreren;
- de internationale identiteit en reputatie te versterken.

De HvA is initiatiefnemer van het internationale Europese consortium Urban Research and Education Knowledge Alliance (U!reka), gericht op onderzoekszaken en gezamenlijk onderwijs.

Bij het vertalen van het HvA-brede internationaliseringsbeleid naar opleidingsbeleid, zijn daarnaast beroeps- en opleidingsspecifieke kenmerken van belang. Vanuit de structuur en de behoeften van het verpleegkundig werkveld en vanuit de inrichting en de (wettelijke) kaders van de HBO-V, wordt invulling gegeven aan het internationaliseringsbeleid.

Een belangrijk uitgangspunt hierbij is dat de opleidingen internationaliseren op basis van de bij hen, hun vakgebied en werkveld passende behoeften. Voor de HBO-V betekent dit dat het internationale aspect van het verpleegkundig beroep een belangrijk oriëntatiepunt is, de actuele internationale ontwikkelingen onderdeel van het curriculum zijn, en dat de *employability skills* van de studenten op het gebied van internationalisering in het curriculum verweven zijn. Deze *employability skills* voor verpleegkundigen in opleiding concentreren zich op het kunnen verlenen van verpleegkundige zorg aan een internationale en diverse patiëntenpopulatie, en het kunnen samenwerken in internationaal en divers samengestelde teams.

De maatschappij is internationaal geworden. Studenten gaan vaker naar het buitenland, maar sterker nog is de internationale omgeving waarin de Amsterdamse gezondheidszorg en de HBO-V functioneren. Amsterdam is een internationale stad met een zeer diverse populatie. Dit geldt ook voor het stadsdeel Zuidoost, waar de HBO-V gevestigd is, en voor de

patiëntenpopulatie van de Amsterdamse en regionale gezondheidszorgvoorzieningen. Dit heeft belangrijke gevolgen voor het HBO-V curriculum.

## 15.2 DOELSTELLINGEN

Centraal staan drie gebieden van internationalisering die in het curriculum verankerd worden: diversiteit, *internationalisation at home*, en *internationalisation abroad*. Binnen het gebied 'diversiteit' ontwikkelt de HBO-V-student bewustzijn van de complexiteit van het individu, en wordt hij/zij toegerust met kennis en tools om de diversiteit die uit deze complexiteit voortkomt adequaat te kunnen hanteren.

Via *internationalisation at home* leren studenten het vak verpleegkunde in een internationale context te zien, en internationale kennisstructuren te gebruiken. Voor een deel verloopt dit via Engelstalige literatuur. De divers samengestelde patiëntenpopulatie in Amsterdam en studentenpopulatie op de HBO-V zijn bronnen voor kennis van diversiteit en voor het leren van een goede beroepshouding ten aanzien van diversiteit.

Aan *internationalisation abroad* neemt een beperkt aantal studenten deel. Deze studenten kiezen ervoor om een beperkt deel van hun studie aan een internationale leeromgeving deel te nemen.

### 15.2.1 DIVERSITEIT

Een goede definitie van het begrip 'diversiteit' is moeilijk te geven. Het begrip verwijst naar alle aspecten waarop mensen van elkaar verschillen, waarbij het niet alleen om uiterlijke (zichtbare) verschillen gaat. Binnen de gezondheidszorg zijn uiteenlopende aspecten als leeftijd, sociaal-economische status, taal, geslacht, leefstijl, geboorteplaats, gezondheidsrisico en verzekeringsstatus relevant (Van Dijk, 2010). Dit hoort allemaal tot diversiteit. In navolging van Kuckert & Esterhuizen (2010) benadrukt de HBO-V dat diversiteit veel breder is dan 'etnische achtergrond' en 'cultuur'.

Diversiteit is een van de inhoudelijke accenten binnen het HBO-V curriculum (zie paragraaf 6.6). Het is echter niet eenvoudig om dit accent op zo'n manier vorm te geven, dat studenten hun kennis, vaardigheden en attitude op dit gebied op vanzelfsprekende wijze gebruiken in alle situaties waarin dit relevant is. De HBO-V acht het belang van deze competentie voor het verpleegkundig beroep groot, en heeft een cursus tijdens de propedeuse die in de komende jaren geactualiseerd zal worden. In de hoofdfase krijgt diversiteit een duidelijke plaats binnen de cursussen klinisch redeneren.

De studentenpopulatie van de HBO-V is ook divers samengesteld. Vanaf de start van de opleiding tot en met het afstuderen, werken studenten binnen werkcolleges, groepsopdrachten, projecten en stages in diverse samenstelling met elkaar. Deze diversiteit is ook een bron zowel om te leren om te gaan met diversiteit, als van kennis die door ervaring en door het expliciteren van diversiteit tussen studenten wordt opgedaan.



Door op deze manieren met diversiteit in aanraking te komen, er zich bewust van te worden, en de diversiteit vanuit kennis en een goede beroepshouding tegemoet te leren treden, verwerven studenten hun diversiteits-employability skills.

#### 15.2.2 INTERNATIONALISATION AT HOME

Studenten hoeven niet naar het buitenland om met internationalisering in aanraking te komen. Binnen het curriculum van de HBO-V zijn internationale ontwikkelingen, structuren en ontmoetingen ingebed, waardoor alle studenten met deze vorm van internationalisering in aanraking komen. Onder 'internationalisation at home' wordt door de HBO-V dan ook het 'gebruikmaken van internationale structuren en kennisbronnen voor alle studenten' verstaan. Voorbeelden hiervan zijn het gebruik van internationale kennisbronnen als de database MedLine, WHO-classificatiesystemen als de ICF, internationale case studies, internationale gastdocenten, en Engelstalige studieboeken.

In samenwerking met het AMC draagt de HBO-V jaarlijks bij aan de organisatie van de Anna Reijnvaanlezing, waarbij een vooraanstaande buitenlandse gastspreker op verpleegkundig gebied naar Nederland wordt gehaald voor een lezing in de Stadsschouwburg. In het programma rondom deze lezing is de Anna Reijnvaanstudentenlezing opgenomen. Dit is een middagsymposium voor de HBO-V studenten, waarbij de gastspreker, een aantal studenten en een HBO-V docent een presentatie verzorgen over het onderwerp waarin de gastspreker gespecialiseerd is. De studentenpresentaties zijn onderdeel van een studentenprijsvraag, waarbij studenten in duo's een artikel over het onderwerp van de studentenlezing schrijven (het winnende duo wint een reis naar, en de toegang tot een internationaal congres). Ten slotte is er de mogelijkheid voor studenten om aan een *international classroom* deel te nemen. Dit kan door een van de internationale minoren van de faculteit Gezondheid te volgen: Global Health of Health Care and Science.

#### 15.2.3 INTERNATIONALISATION ABROAD

Studenten kunnen ervoor kiezen gedurende een deel van hun studie in een internationale leeromgeving te participeren. Studenten verblijven een beperkte periode in het buitenland, functioneren in een internationale studentenprojectgroep, en maken op deze manier kennis met studenten, gezondheidszorgvraagstukken en perspectieven vanuit allerlei verschillende landen. Een goede manier waarop studenten aan een internationale leeromgeving kunnen deelnemen, is via een internationale minor. Op dit moment is er één internationale minor waarbij dit mogelijk is, namelijk Global Health. Deze minor wordt in samenwerking met een buitenlandse partner aangeboden. De student kan de hele minor of een deel van de minor in het buitenland volgen. De minor bestaat uit een theoriedeel van twaalf weken, en een projectdeel van acht weken. Het deel van acht weken kan de student op verschillende manieren invullen, een van de manieren is een acht-weekse stage in het buitenland.

Studenten kunnen deelnemen aan het Summerschool-programma van Duke University (VS). Samenwerking in een Summerschool-programma met de Universiteit van Münster University (Duitsland) wordt momenteel onderzocht.

Vanuit de faculteit Gezondheid is het mogelijk om deel te nemen aan interdisciplinaire *mobility weeks*, bijvoorbeeld in Zwitserland, Zweden of België. Daarnaast is via de faculteit participatie mogelijk in internationale netwerken waarin studenten samen een één week durend project uitvoeren en dit vervolgens presenteren. Voorbeelden van deze netwerken zijn het European Forum for Primary Care (EFPC) en het Consortium of Institutes for Higher Education in Health and Rehabilitation in Europe (COHEHRE). Studenten van de HBO-V participeren vooralsnog niet of nauwelijks in deze mobiliteitsweken en netwerken.

In uitzonderlijke situaties is het mogelijk om een van de reguliere stages van de HBO-V in het buitenland te lopen.

### 15.3 DOCENTENMOBILITEIT

In een beperkt aantal gevallen verzorgen docenten van buitenlandse instituten onderwijs aan de HBO-V. De programmeringsstructuur van de HBO-V bemoeilijkt het participeren van gastdocenten op incidentele basis in het reguliere onderwijs.

Vanuit de minor Global Health nemen docenten deel aan docentuitwisseling. Daarbuiten nemen docenten van de HBO-V vrijwel niet deel aan docentuitwisselingsprogramma's. Wel nemen docenten frequent deel aan internationale conferenties, en in veel gevallen verzorgen de docenten, en met name de docent-promovendi, presentaties en workshops bij deze conferenties. Hiermee nemen zij deel en dragen zij bij aan kennisuitwisseling, en participeren zij in internationale vakgroepen. Ten slotte is er een constante stroom van Engelstalige (wetenschappelijke) artikelen waarvan HBO-V-docenten (co-)auteur zijn, en zijn verschillende docenten co-auteur en/of redacteur van een Engelstalig (Amerikaans) studieboek.

### 15.4 RESULTATEN TEN AANZIEN VAN DE HVA-DOELSTELLINGEN

De HBO-V kiest ervoor alle studenten met de gebieden diversiteit en internationalisation at home in aanraking te laten komen. Dit betekent dat er na de propedeuse geen aparte vakken geprogrammeerd worden waarbinnen het werken aan de doelstellingen van deze gebieden behaald moet worden, maar dat deze gebieden ingebed zijn in de reguliere onderwijsprogramma's van de HBO-V. Op deze manier wordt voorkomen dat internationalisering en aandacht voor diversiteit een geïsoleerde activiteit blijft.

Vanaf de propedeuse bestuderen de studenten Engelstalige literatuur. Hierdoor leren zij in de eerste twee opleidingsjaren de Engelse vaktaal actief te (blijven) beheersen, en Engelstalige

boeken en artikelen te raadplegen en te bestuderen. Hierbij leren de studenten gebruik te maken van de belangrijkste (para)medische en verpleegkundige databases (in de cursussen EBP1 en EBP2). In het derde en vierde opleidingsjaar zijn er cursussen (EBP3 en EBP4) met een Engelstalige studiehandleiding. Ook de literatuur van deze cursussen is in het Engels. De faculteitspecifieke minoren Global Health en Health Care and Science zijn geheel in het Engels. De belangrijkste doelen van het minorprogramma Global Health zijn het werken in een multiculturele context. Doordat ook buitenlandse studenten aan dit programma deelnemen, leren de minorstudenten nog sterker samen te werken met studenten met een andere culturele en taalachtergrond.

## 15.5 INTERNATIONALE PARTNERS

De HBO-V is een participant in een aantal internationale netwerken. Haar voornaamste contacten ontleent zij aan het kenniscentrum ACHIEVE.

De HBO-V is daarnaast actief in de volgende internationale netwerken:

- COHEHRE (Consortium of Organisations of Higher Education in Health Care and Rehabilitation in Europe).
- INTERMED foundation. De opleidingsmanager/lector is bestuurslid van de internationale onderzoeksgroep die het gebruik en de toegankelijkheid van het INTERMED-tool voor verbetering van casemanagement bij complexe zorgvragers verbetert.
- European Society of Cardiology, Education committee. Docent-promovendus Marjolein Snaterse is lid van dit internationale comité, dat zich tot doel stelt om via onderwijs de zorg voor hartpatiënten en hun naasten continu te verbeteren.

## 15.6 VOORNEMENS

De HBO-V zal haar beleid op het gebied van internationalisation at home versterken. Daarnaast zal zij studenten faciliteren om via summerschools (bijvoorbeeld Duke University) internationale ervaring op te doen.

## 15.7 LITERATUUR

HvA. Kadernotitie Internationaliseringsbeleid. Interne notitie HvA. Amsterdam: HvA; 2017.

Kuckert A, Esterhuizen P, redactie. Diversiteit in de verpleegkunde. Houten: Bohn Stafleu van Loghum; 2010.

Van Dijk R. Diversiteit, meer dan culturele verscheidenheid? In: Kuckert A, Esterhuizen P, redactie. Diversiteit in de verpleegkunde. Houten: Bohn Stafleu van Loghum; 2010.



# C VOORZIENINGEN- PERSPECTIEF

## 16 MATERIËLE VOORZIENINGEN

De HBO-V verzorgt onderwijs op een campus bij het station Holendrecht en naast het Academisch Medisch Centrum van Amsterdam. Naast de HBO-V wordt hier ook het onderwijs van drie paramedische opleidingen verzorgd. De inrichting van de campus heeft dan ook een duidelijke uitstraling gericht op de gezondheidszorg. Professioneel ingerichte praktijklokalen voorzien van de hedendaagse apparatuur en materialen, worden door zowel verpleegkundige als paramedische studenten gebruikt. Het interprofessioneel samenwerken zal de komende jaren ook in de inrichting van de praktijklokalen weerspiegeld worden.

Docentenkamers zijn divers qua inrichting en bestemming. De opleiding kent in het kader van het nieuwe werken flexibele werkplekken. Zo zijn er stiltezones, aanlandplekken, werkplekken en overlegplekken. Onderling contact en uitwisseling met docenten en studenten is hierdoor mogelijk. Het studielandschap, voorzien van ICT-middelen, dient naast een werkomgeving voor studenten ook als ontmoetingsplek om af te spreken en om gesprekken tussen studenten en docenten te laten plaatsvinden.

Samen met het stagebureau en het docententeam van de opleiding bevinden zo goed als alle lokalen van de HBO-V zich op één verdieping van het opleidingsgebouw. Er zijn twee collegezalen (capaciteit 260 en 170 plekken), verschillende theorielokalen (werkcolleges), en een groot aantal projectlokalen voor kleinere groepen voor intervisiebijeenkomsten en projectonderwijs. De campus beschikt over ICT-werkplekken voor studenten en een draadloos

netwerk, zodat studenten en docenten met hun eigen laptop op de campus flexibel kunnen werken.

Verder beschikt de campus over een 'Base': een centrale ontmoetingsplek in het centrum van de campus met diverse *food*-formules. Het restaurant biedt voldoende ruimte aan studenten en docenten. Verder is er een Coffee Corner in het centrale deel, en automaten verspreid in de periferie van het pand. De Cura is een door studenten en voor studenten ingerichte eigentijdse multifunctionele ruimte. Deze ruimte wordt onder andere gebruikt door de studentenvereniging Venae, de opleidingscommissies, themabijeenkomsten, medewerkersbijeenkomsten en niet te vergeten voor de donderdag- en vrijdagmiddagborrel voor alle studenten en medewerkers van de faculteit. Een ware ontmoetingsplek voor studenten en docenten.

Naast het studielandschap beschikt de campus ook over een mediatheek. De mediatheek biedt de voor het vakgebied relevante literatuurcollectie, tijdschriften en overige media. Via de digitale mediatheek is het Portaal Gezondheidszorg beschikbaar, waar de informatiespecialist dagelijks informatie selecteert uit het vakgebied en digitaal beschikbaar stelt. Deze site biedt topdatabanken, nieuws, naslagwerken en kent een studentenservice (schrijfhulp bij scripties, studiehulp enz.). Studenten kunnen ook gebruikmaken van de medische bibliotheek van het AMC en de overige bibliotheken van de Universiteit van Amsterdam (UvA). Studenten die het AMC-programma volgen, hebben een eigen inlogaccount voor de medische bibliotheek.

# 17 INFORMATIEVOORZIENING EN ELEKTRONISCHE LEEROMGEVING

Studenten kunnen op de campus via de frontoffice gebruikmaken van het studentenservicecentrum en de studentenadministratie. Daarnaast is voor zowel studenten als medewerkers het plaats- en tijdonafhankelijk leren en werken mogelijk door een toegankelijke elektronische leeromgeving. De opleiding heeft toegang tot MijnHvA, de virtuele project- en werkomgeving van de Hogeschool van Amsterdam. Studenten kunnen vanuit MijnHvA alle benodigde digitale omgevingen bereiken (o.a. studiedelen, opleidingspagina, webmail, Onstage, het studentinformatiesysteem, het rooster, de A-Z-lijst).

De elektronische leeromgeving maakt het voor studenten mogelijk dat informatie digitaal beschikbaar gesteld en toegankelijk wordt, zoals cursushandleidingen, stageopdrachten en informatie uit studiegidsen. Daarnaast kunnen studenten en docenten via MijnHvA samenwerken via teamsites en de werkomgeving voor medewerkers. Via het Student Informatie Systeem (SIS) kunnen studenten hun studievoortgang digitaal volgen, ook studentbegeleiders kunnen deze resultaten inzien en hun begeleiding hierop afstemmen.

Studenten leveren take-home toetsen digitaal in op MijnHvA, de stukken worden vervolgens via Ephorus gecontroleerd op plagiaat, na de beoordeling kan de student het beoordelingsformulier via MijnHvA inzien. Mochten studenten en medewerkers informatie nodig hebben over de opleiding, de examencommissie, klachten, het OER etc., dan kunnen zij deze informatie terugvinden op de A-Z-lijst, te benaderen via MijnHvA.

De komende jaren wordt er nog meer ingezet op vormen van e-learning en blended learning, daar waar dit een verbetering of zinvolle aanvulling op het onderwijs betekent of de studeerbaarheid bevordert. De afgelopen jaren is geïnvesteerd in de opname van verschillende kennisclips en sinds 2009 worden vrijwel alle hoorcolleges opgenomen en live of on-demand beschikbaar gesteld via MijnHvA. Deze ontwikkeling zet de opleiding in de komende jaren voort. Docenten krijgen tijdens werkoverleg informatie over de nieuwste smartphone-applicaties, die het mogelijk maken onderwijs op nieuwe manieren in te richten.

Momenteel ontwikkelt de opleiding voor Duaal-GGZ een digitale cursus waarmee studenten flexibel kunnen studeren en hun toets kunnen behalen. In de komende jaren worden schriftelijke toetsen in toenemende mate digitaal afgenomen. Docenten kunnen via een digitale toetsbank gemakkelijk toetsen samenstellen en na de toetsafname kan de docent direct de resultaten inzien.



In 2019 introduceert de HvA een nieuwe Digitale LeerOmgeving (DLO). De mogelijkheden van de DLO tot digitale samenwerking en blended learning zijn belangrijke aspecten voor de opleiding. De opleiding volgt de ontwikkelingen nauwgezet en wordt hier nauw bij betrokken.

# D INTERN KWALITEITS- ZORGPERSPECTIEF

## 18 EVALUATIE- EN VERBETERCYCLUS

### 18.1 INLEIDING

De visie op kwaliteit en kwaliteitszorg van de HBO-V is gebaseerd op de notitie *Kwaliteitszorg Onderwijs en Onderzoek Hogeschool van Amsterdam* (Bombeld & De Vries-Kempes, 2015). Hierin wordt onder kwaliteitszorg verstaan de wijze waarop een opleiding de kwaliteit van onderwijs en onderzoek realiseert, bewaakt en verbetert, en aantoont dat zij dat doet en hoe zij dat heeft gedaan.

In de meest algemene zin is kwaliteit 'een hoedanigheid waaraan een positieve waardering wordt gegeven'. De HBO-V levert kwaliteit door:

1. te doen wat zij kenbaar heeft gemaakt: goed onderwijs bieden op onbetwist hbo-niveau
2. te tonen dat zij doet wat door wet- en regelgeving is voorgeschreven

Goede kwaliteitszorg is een continu en cyclisch proces, een structureel en geïntegreerd onderdeel van (be)stuuractiviteiten en een initiator voor verbetermaatregelen. Daarbij benut de HBO-V actief de drie concepten zoals opgenomen in de notitie *Kwaliteitszorg Onderwijs en Onderzoek Hogeschool van Amsterdam* (2015), namelijk 1. basiskwaliteit, 2. bijzondere kwaliteit en 3. kwaliteitstransformatie.

Basiskwaliteit wordt gedefinieerd als het blijvend aantoonbaar voldoen aan de eisen van het NVAO-beoordelingskader dat is vastgelegd in de Wet op het hoger en wetenschappelijk

onderwijs. Bij de bijzondere kwaliteit staat het uitstijgen boven de basiskwaliteit centraal. Voor de accreditatie in 2019 zet de HBO-V in op het verwerven van een NVAO-‘bijzonder kenmerk’ voor klinisch redeneren en evidence-based practice. Bij het laatste concept, kwaliteits-transformatie, staat het bepalen en implementeren van adequate verbetermaatregelen centraal.

De HBO-V stelt zichzelf steeds twee vragen:

1. Doen we de goede dingen (effectiviteit)?
2. Doen we de dingen goed (efficiency)?

Om deze vragen te beantwoorden wordt het Plan-Do-Check-Act-wiel (de Demingcyclus) voor continue kwaliteitsverbetering gebruikt.

## 18.2 EVALUATIE– EN VERBETERCYCLUS

De HBO-V verbindt bij de evaluatie- en verbetercyclus drie samenhangende cycli met elkaar, te weten: de midterm review en accreditatie, planning en control (P&C-cyclus) en evaluatie-onderzoek. Voor de midterm review en accreditatie verwijst de opleiding naar de kritische reflectie en zelfevaluatie. Afspraken ten aanzien van planning en control zijn uitgewerkt in het professionaliseringsplan van de opleiding. Evaluatieonderzoek wordt in onderstaande paragrafen uiteengezet.

De opleiding Verpleegkunde hecht veel waarde aan een optimale evaluatie- en verbetercyclus. In september 2017 heeft de opleiding een docent met als taak kwaliteitszorg aangesteld, die in nauwe samenwerking met de beleidsmedewerker kwaliteitszorg van de faculteit Gezondheid verantwoordelijk is voor de kwaliteitszorg in de opleiding.

### 18.2.1 EVALUATIEONDERZOEK

Binnen het kwaliteitszorgsysteem van de HBO-V worden diverse (hogeschoolbrede en opleidings specifieke) instrumenten ingezet om de kwaliteit systematisch te onderzoeken (NSE, 100-dagen monitor, hbo-monitor, semesterevaluaties, verkeerslichten e.d.). De opleiding onderzoekt de tevredenheid van studenten, medewerkers en het werkveld over het onderwijs, maar bijvoorbeeld ook de kwaliteit van informatieverstrekking en van voorzieningen. De gehanteerde instrumenten zijn gericht op het monitoren en verbeteren van de kwaliteit van het geboden onderwijs en de onderwijsorganisatie.

De opleiding wordt hierbij ondersteund door de stafafdeling Onderwijs en Onderzoek (team Kwaliteit en Accreditatie [K&A]) van de faculteit Gezondheid. Op deze manier wordt het oordeel van de belangrijkste stakeholders (studenten, docenten en werkveld) in kaart gebracht.

Het hoofd opleiding en de docent/kwaliteitsmedewerker dragen zorg voor de organisatie van het evaluatieonderzoek. Zij doen dit niet alleen, maar werken hierin nauw samen met de

opleidingscommissie, de contactpersonen van de onderwijseenheden, de teamcoördinatoren en de verschillende commissies (curriculumcommissie, toetscommissie, opleidingscommissie).

#### *18.2.1.1 Semesterevaluaties*

Voorafgaand aan een nieuw studiejaar wordt vastgesteld welke cursussen, onderwijseenheden, en stages worden geëvalueerd aan het einde van een semester. De evaluatie heeft de vorm van een gesprek aan de hand van een uniforme vragenlijst. De vastgestelde onderdelen worden, voorzien van het doel van de evaluatie, in de evaluatiekalender voor het nieuwe studiejaar gepresenteerd.

Bij voltijd jaar 1 en 2 wordt de semesterevaluatie met klassenvertegenwoordigers gehouden en in jaar 3 en 4 met de onderwijsgroepen. Ook bij duaal en de AIZ wordt de semesterevaluatie met de onderwijsgroepen gehouden. Bij een evaluatie is naast de teamcoördinator van het betreffende jaar, een lid van de opleidingscommissie, curriculumcommissie, docent/kwaliteitszorg of het hoofd opleiding/opleidingsmanager aanwezig.

#### *18.2.1.2 NSE*

Jaarlijks vindt voor alle studenten van de opleiding Verpleegkunde de Nationale Studenten Enquête (NSE) plaats. Deze enquête wordt in opdracht van het ministerie van Onderwijs, Cultuur en Wetenschap door Studiekeuze123 aangeboden. Studentenoordelen zijn een waardevolle informatiebron voor studiekeuzers die bezig zijn met het maken van hun studiekeuze. Daarnaast worden de oordelen gebruikt voor de interne kwaliteitszorg en bij de benchmarking van opleidingen en instellingen.

In de aanloop naar de NSE worden studenten geattendeerd (via bureau communicatie) op het invullen van de NSE-vragenlijst om tot een zo hoog mogelijke respons te komen.

De beleidsmedewerker kwaliteitszorg (FG) voert een verdiepende analyse uit op de aangeleverde resultaten, waarna deze wordt aangeboden aan de opleidingsmanager en de opleidingscommissie (OC). De opleidingsmanager draagt zorg voor de terugkoppeling van de resultaten aan studenten en docenten. Deze communicatie lijkt momenteel voornamelijk betrekking te hebben op de resultaten van de NSE en in mindere mate op genomen verbetermaatregelen. Een van de aandachtspunten voor de opleiding is het ontwikkelen van een procedure voor het opzetten en communiceren van verbetermaatregelen vanuit de resultaten van de NSE. Een ander aandachtspunt in deze procedure is het koppelen van verbetermaatregelen aan de jaarrapportage Kwaliteitszorg en de A3.

#### *18.2.1.3 Verkeerslichten*

Viermaal per jaar verstrekt de beleidsmedewerker kwaliteitszorg (FG) de verkeerslichteninformatie aan de opleiding. Dit verkeerslichtensysteem geeft een beeld van de studievoortgang van studenten per cohort, en heeft als doel het genereren van (valide) managementinformatie over studierendement. Daarnaast is het de bedoeling dat de verkeerslichten de teamcoördinator en SB-docent een snel inzicht geeft in de studievoortgang op studentniveau.

De beleidsmedewerker kwaliteitszorg (FG) stemt, op basis van het toetsrooster, met de teamcoördinatoren van de opleiding de peildatum van de studievoortgangmeting vast. Hierdoor ontstaat een meer valide weergave van studievoortgang van de cohorten. Studenten die qua studentepunten in de 'oranje' of 'rode' zone zitten, ontvangen hierover een brief van de opleiding en worden uitgenodigd om contact op te nemen met de SB-docent.

Alle resultaten van het evaluatieonderzoek (semesterevaluatie, NSE en verkeerslichten) worden aan de opleidingsmanager en de opleidingscommissie gerapporteerd.

In de *jaarrapportage Kwaliteitszorg* wordt op grond van de evaluatieresultaten inzichtelijk gemaakt op welke punten verbetering moet plaatsvinden. Dit betreft een continu proces (PDCA-cyclus).

#### 18.2.2 BETREKKEN VAN STUDENTEN

De HBO-V hecht in het kader van kwaliteitsbewaking veel waarde aan de betrokkenheid van studenten bij het meewerken aan evaluatieonderzoek, zoals de semesterevaluaties. Uitgangspunt is dat vernieuwde en nieuwe onderdelen van het curriculum standaard worden geëvalueerd. Daarnaast kan de opleidingscommissie (Reglement Opleidingscommissie 2017-2018, 2017) een verzoek indienen voor het evalueren van een onderdeel (of onderdelen) van het curriculum.

In de opleidingscommissie wordt samen met studenten gewerkt aan de verbetering van de kwaliteit van het onderwijs. De opleidingsmanager overlegt eenmaal per maand met de opleidingscommissie. Dit overleg wordt onder meer gebruikt om feedback te ontvangen op de vragen voor de semesterevaluaties, en om resultaten van evaluaties en verbetervoorstellen te bespreken. Een lid van de opleidingscommissie is ook lid van de curriculumcommissie, waardoor de opleidingscommissie nauw betrokken is bij onderwijsontwikkeling en -verbetering. Studenten worden op verschillende manieren geïnformeerd over de resultaten van het evaluatieonderzoek: via de opleidingscommissie, publicatie op MijnHvA (toekomstig DLO) en via flyers/posters waarop vermeld staat welke onderwerpen goed en welke minder scores in vergelijking met het jaar daarvoor. In samenwerking met de OC zal de opleiding een verbetering aanbren- gen in de bespreking met de studenten van de evaluatieresultaten en de daarbij voorgenomen verbeteracties. Gestreefd wordt de terugkoppeling van evaluatieresultaten meer via face-to-face-contact te laten verlopen. Verder worden evaluatieresultaten besproken met de contactpersonen van de verschillende onderwijseenheden en in de (docenten)jaarteams van de opleiding. Studenten die de opleiding vroegtijdig -dat wil zeggen voor het behalen van de propedeuse- verlaten, vormen een groep waarbij het voor de opleiding van belang is te weten wat de belangrijkste redenen van hun vroegtijdige uitval zijn. Deze redenen en de tevredenheid van de studenten over de opleiding, worden gemeten via de ExitTevredenheidMonitor. Deze monitor wordt in een individueel gesprek met de SB-docent afgenomen. Gegevens worden door de docent/kwaliteitsmedewerker verzameld en opgenomen in de *jaarrapportage Kwaliteitszorg* voor het management.

### 18.2.3 BETREKKEN VAN HET BEROEPENVELD

Voor de opleiding is een structureel en inhoudelijk overleg met het werkveld essentieel. Het aangeboden onderwijs dient immers optimaal te zijn afgestemd op de behoeften van de verpleegkundige praktijk. De opleiding draagt er dan ook zorg voor het onderwijs met regelmaat door onafhankelijke deskundigen te laten beoordelen. Daarnaast wordt in verschillende (gesubsidieerde) projecten nauw samengewerkt in de verpleegkundige praktijk waar onderwijs in co-creatie wordt ontwikkeld.

Sinds 2014 werkt de HBO-V met hogeschool InHolland, ROC's, ziekenhuizen, VVT en GGZ, samen in SPInOV: 'Strategische Planning Initiële Opleidingen Verpleegkunde' (SIGRA). Het doel van deze samenwerking is het opleiden van goed gekwalificeerde en voldoende verpleegkundigen voor nu en in de toekomst. Gezamenlijk maken wij plannen over de kwaliteit van de stageplekken op hbo-niveau.

Naast bovenstaande heeft de opleiding structureel overleg met de dualpartners over het onderwijs en het praktijkdeel van de opleiding. Bij de semesterevaluatie van het dualonderwijs is een praktijkopleider uit de desbetreffende instelling aanwezig. Evaluaties en verbetervoorstellen worden in de overleggen tussen de HBO-V en de dualpartners besproken.

### 18.2.4 BETREKKEN VAN MEDEWERKERS

De professionaliteit van de medewerker staat centraal. Onderwijs van topkwaliteit slaagt alleen met een hooggekwalificeerd en betrokken docententeam (in 2020 master 85% en PhD 10% in 2020) en met goed toegerust ondersteunend personeel. Goede werkomstandigheden, een prettige werksfeer en een carrièreperspectief zijn randvoorwaarden om met plezier en uitdaging aan (de kwaliteit van) onderwijs en onderzoek te werken. De HBO-V acht een structurele betrokkenheid van docenten en ondersteuning bij kwaliteitszorg van groot belang. Medewerkers werken actief aan de verbetering van het onderwijs door deel te nemen aan verschillende commissies, (gesubsidieerde) projecten, werkgroepen, overlegvormen e.d. zowel intern als extern, aan het ontwikkelen van al het onderwijs (voltijd en dual).

De resultaten van HvA-brede instrumenten en de resultaten van semesterevaluaties en docent-evaluaties worden digitaal of in het jaargesprek teruggekoppeld naar de docent. Uitkomsten worden in de teamvergaderingen van de jaarteam besproken. De tevredenheid van de medewerkers wordt één keer per twee jaar HvA-breed gemeten via de MedewerkersTevredenheidsMonitor (MTM) en wordt uitgebreid beschreven in het professionaliseringsplan van de opleiding.

### 18.3 LITERATUUR

Bombeld C, De Vries-Kempes W. Notitie Kwaliteitszorg Onderwijs en Onderzoek Hogeschool van Amsterdam. Amsterdam: HvA; 2015.

HvA. Reglement Opleidingscommissie 2017-2018. Amsterdam: HvA; 2017.

Schoots M. Advies evaluatiecyclus, kwaliteitszorg hbo-bachelor Verpleegkunde. Amsterdam: HvA-HBO-V; 2016.

# BIJLAGEN

1. Competenties (met indicatoren en niveaubepaling)
2. Overzicht competenties per afstudeerwerk
3. NLQF niveau 6
4. Overzicht minorenaanbod 2017-2018
5. Stroomdiagram onderwijsontwikkeling







# BIJLAGE 1 COMPETENTIES (MET INDICATOREN EN NIVEAUBEPALING)

## *Beroepsrol 1 Zorgverlener*

De rol van de verpleegkundige als zorgverlener is gericht op het vakinhoudelijk handelen. De verpleegkundige is vaardig in het klinisch redeneren en in het uitvoeren van verpleegkundige zorg. De verpleegkundige richt zich op het domein van de unieke reacties en ervaringen van mensen met gezondheid, ziekte, kwetsbaarheid of beperkingen, en aansluitend bij de eigen kracht van de zorgvrager, in welke omgeving of omstandigheid zij zich ook bevinden. Daarbij heeft de verpleegkundige speciaal oog voor het versterken van zelfmanagement van mensen, voor zover mogelijk.

## **Competentie 1**

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

## **Indicatoren**

De verpleegkundige

- Stelt zichzelf en anderen kritische vragen, denkt analytisch en probleemoplossend.
- Redeneert over vragen en gezondheidsproblemen van de zorgvrager, over interventies, en over doelen, om zo tot de best mogelijke zorg voor de zorgvrager te komen.
- Plaatst de verpleegkundige redenering in een multidisciplinaire context.
- Indiceert op basis van klinische redeneringen de aard, duur, omvang en het doel van de benodigde verpleegkundige zorg.
- Gebruikt bij het indiceren de sociale kaart van de regio, en de geldende financiële kaders.
- Beschrijft en organiseert de geïndiceerde zorg, en wijst de zorg toe aan de juiste zorgverleners.
- Monitort de uitvoering van de geïndiceerde zorg, en past indien nodig de indicatie en de zorg aan.
- Voert het verpleegkundig proces systematisch uit: verzamelt gegevens, stelt verpleegkundige zorg vast, stelt interventies vast en stelt een verpleegplan op, voert de interventies uit,

verzorgt en begeleidt de zorgvrager, evalueert het proces, de zorginhoud, en de randvoorwaarden.

- Stelt te allen tijde de zorgvrager centraal; speelt effectief in op de beleving van de zorgvrager.
- Draagt zorg voor het welbevinden van de zorgvrager, en heeft zorg voor diens omgeving.
- Verantwoordt op professionele gronden de eigen beroepsuitoefening, in ieder geval op grond van evidence-based practice (EBP), de beroepscode, en relevante wetten.

### **Competentie 2**

De verpleegkundige versterkt (zo ver als mogelijk) het zelfmanagement van mensen in hun sociale context. Zij/hij richt zich daarbij op gezamenlijke besluitvorming met de zorgvrager en diens naasten en houdt hierbij rekening met de diversiteit in persoonlijke eigenschappen, etnische, culturele en levensbeschouwelijke achtergronden en ideologische overtuigingen.

#### **Indicatoren**

De verpleegkundige

- Heeft oog voor de gevolgen van de gezondheidsproblemen op lichamelijk, psychisch, functioneel, en sociaal gebied.
- Ondersteunt de zorgvrager bij het realiseren of handhaven van een zo groot mogelijke mate van autonomie in het dagelijks functioneren.
- Stimuleert en benut de eigen mogelijkheden van de zorgvrager en diens naasten.
- Wisselt informatie uit met de zorgvrager en diens naasten over keuzemogelijkheden en voorkeuren, en bespreekt deze met de zorgvrager en diens naasten (mits de zorgvrager hier toestemming voor geeft).
- Streeft besluiten na waarmee zowel de zorgvrager, diens naasten, als de verpleegkundige kan instemmen.
- Erkent de zorgvrager als autonoom en zelfstandig individu die zelf de regie heeft over het eigen leven, en accepteert diens autonome beslissingen.
- Houdt rekening met verschillen in persoonlijke eigenschappen, etnische, culturele en levensbeschouwelijke achtergronden en ideologische overtuigingen. Schat de gedachten en gevoelens van de zorgvrager in, en anticipeert hierop.
- Schat de gezondheidsvaardigheden in (het kunnen vinden, verkrijgen, begrijpen, gebruiken van gezondheidsinformatie bij het nemen van gezondheidsgerelateerde beslissingen).

### **Competentie 3**

De verpleegkundige indiceert en voert verpleegtechnische (voorbehouden) handelingen uit op basis van zelfstandige bevoegdheid of functionele zelfstandigheid zoals beschreven in de wet Big.

### Indicatoren

De verpleegkundige

- Schat de eigen bekwaamheid ten aanzien van verpleegtechnische handelingen adequaat in.
- Indiceert verpleegtechnische handelingen en wijst deze toe aan de juiste zorgverleners.
- Voert als zelfstandig bevoegde verpleegtechnische (voorbehouden) handelingen uit.
- Voert als functioneel zelfstandige verpleegtechnische (voorbehouden) handelingen uit.

### *Beroepsrol 2 Communicator*

De rol van verpleegkundige als communicator is gericht op effectieve informatie-uitwisseling. De verpleegkundige kan de informatiebehoefte van de zorgvrager en diens netwerk inschatten en vaststellen. De verpleegkundige houdt in de communicatie rekening met persoonlijke factoren van de zorgvrager en diens naasten.

### **Competentie 4**

De verpleegkundige communiceert op persoonsgerichte en professionele wijze met de zorgvrager en diens informele netwerk, waarbij voor optimale informatie-uitwisseling wordt gezorgd.

### **Indicatoren**

De verpleegkundige

- Laat de communicatie aansluiten bij de ervarings- en belevingswereld en de mogelijkheden van de zorgvrager en zijn omgeving.
- Houdt rekening met persoonlijke factoren zoals leeftijd, etnische, culturele en levensbeschouwelijke achtergrond, taalbeheersing, kennis- en begripsniveau, emotie, copingstijl en draagkracht.
- Luistert actief en informeert de zorgvrager en diens naasten op zodanige wijze dat deze geïnformeerde keuzes kan maken.
- Zorgt voor wederzijdse informatie-uitwisseling.
- Gaat samen met de zorgvrager na welke informatiebronnen betrouwbaar en van toepassing zijn en welke niet.
- Bevordert de communicatie van de zorgvrager met alle betrokkenen, houdt de communicatie in stand en ondersteunt deze.
- Zet verbale en non-verbale communicatievaardigheden adequaat in.
- Herkent verstoringen in de communicatie en maakt deze bespreekbaar.
- Stelt zich open voor feedback en handelt hiernaar/neemt ontvangen feedback aan.
- Geeft op gepaste wijze feedback.
- Zet informatie- en communicatietechnologie (ICT) adequaat in, en past ICT-mogelijkheden op een integere en professionele wijze toe.
- Gebruikt e-health-toepassingen op gepaste wijze.

### *Beroepsrol 3 Samenwerkingspartner*

De rol van de verpleegkundige als samenwerkingspartner is gericht op het samenwerken zowel met de zorgvrager als multidisciplinair, ten dienste van optimale zorg. Deze samenwerking gaat over de grenzen van gezondheidsorganisaties heen. Vanuit het perspectief van ondersteuning van zelfmanagement is de samenwerking in eerste instantie met zorgvrager en diens naaste.

### **Competentie 5**

De verpleegkundige gaat een vertrouwensrelatie aan, werkt effectief samen vanuit het principe van gezamenlijke besluitvorming met de zorgvrager en diens naasten en ondersteunt hen in het zelfmanagement.

### **Indicatoren**

De verpleegkundige

- Gaat contact aan met de zorgvrager, naasten en sociale netwerk, onderhoudt het contact en bouwt het zorgvuldig af.
- Toont respect voor de zorgvrager ongeacht diens sociale of economische status, levensbeschouwing, opleiding, ras, sekse of leeftijd, en ziet de zorgvrager als gelijkwaardige gesprekspartner.
- Erkent de zorgvrager als autonoom en zelfstandig individu die zelf de regie heeft over het eigen leven.
- Schat de gedachten en gevoelens van de zorgvrager in en doet moeite deze te begrijpen, evenals de onderliggende factoren voor diens gedrag, houdt daarbij rekening met verschillende achtergronden en culturen.
- Neemt een empathische houding aan.
- Houdt rekening met de waarden en normen, de wensen en gewoonten, en de behoefte aan privacy en de gevoelens van de zorgvrager en diens naasten.
- Overlegt met de zorgvrager en diens naasten (indien de zorgvrager hier toestemming voor geeft) en draagt zorg voor een gezamenlijke besluitvorming over de verpleegkundige zorg.
- Betrekt naasten en het sociale netwerk bij de zorgverlening (indien de zorgvrager hier toestemming voor geeft, en kan hen begeleiden.
- Herkent verstoringen in de relatie en maakt deze bespreekbaar.

### **Competentie 6**

De verpleegkundige werkt zowel binnen als buiten de eigen organisatie samen met andere beroepsbeoefenaren of instanties waarin zij/hij als autonome professional een bijdrage levert aan de kwaliteit en continuïteit van zorg.

### Indicatoren

De verpleegkundige

- Werkt samen op basis van gelijkwaardigheid met eigen en andere disciplines binnen en buiten de gezondheidszorg.
- Zoekt afstemming van de zorg met andere beroepsbeoefenaren en instanties zodat er geen overlappingsen, hiaten en tegenstrijdigheden ontstaan.
- Fungeert als contactpersoon tussen relevante beroepsbeoefenaren en/of instanties.
- Deelt kennis en informatie met andere zorgverleners en instanties zodat de continuïteit van zorg wordt gegarandeerd.
- Zorgt voor een duidelijke mondelinge en schriftelijke communicatie ten behoeve van de coördinatie en continuïteit van zorg.
- Maakt gebruik van de deskundigheid en specifieke rol van collega's en andere disciplines.
- Vervult zowel een autonome als een participatieve rol in de zorgverlening.
- Houdt bij beslissingen rekening met verschillende soorten belangen zoals de belangen van de zorgvrager, de professionele belangen en de organisatiebelangen.
- Is zich bewust van de teamdynamiek en kan deze effectief hanteren.
- Maakt adequaat gebruik van communicatiestrategieën, conflicthantering, onderhandelen, feedback geven.
- Gaat op gepaste wijze om met feedback, waardering en kritiek. Geeft hierin de eigen mening en komt op voor de eigen positie.
- Spreekt zorgverleners aan op het nakomen van gemaakte afspraken.
- Brengt zowel de zorgvragers als collega's en andere betrokken beroepsbeoefenaren inhoudelijk op de hoogte van de uitkomsten van (interprofessioneel) overleg.

### Competentie 6a

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).

### Indicatoren

De verpleegkundige

- Brengt de verpleegkundige expertise in bij het bepalen van het (gemeenschappelijke) beleid en laat daarbij zien over de grenzen van het verpleegkundige domein mee te kunnen denken.
- Draagt bij aan een klimaat waarin betrokken professionals samenwerken, door adequaat te communiceren met professionals en de zorgvrager bij het stellen van gemeenschappelijke doelen en interventies, tijdens de uitvoering van zorg en bij de evaluatie.
- Reflecteert samen met de andere professionals op het gezamenlijk functioneren.
- Herkent vroegtijdig situaties die mogelijk tot conflicten in de interprofessionele samenwerking kunnen leiden en past strategieën toe om dat conflict te voorkomen of te hanteren.

#### *Beroepsrol 4 Reflectieve EBP-professional*

De verpleegkundige in de rol als reflectieve EBP-professional betreft enerzijds het actueel houden van de eigen kennis en anderzijds het benutten van deze kennis voor de zorg en voor de deskundigheidsbevordering van (toekomstige) collega's. De verpleegkundigen geeft blijk van levenslang te leren, past de principes van evidence-based practice (EBP) toe en draagt bij aan innovatie.

#### **Competentie 7**

De verpleegkundige handelt vanuit een continu aanwezig onderzoekend vermogen leidend tot reflectie, evidence-based practice (EBP) en innovatie van de beroepspraktijk.

#### **Indicatoren**

De verpleegkundige

- Heeft een onderzoekende houding: is kritisch, wil begrijpen, bereiken, delen, vernieuwen en weten.
- Werkt volgens principes van EBP: beste wetenschappelijk bewijs, professionele expertise, beschikbare materialen en middelen en de wensen van de zorgvrager om het beste besluit te nemen.
- Levert een bijdrage aan de uitvoering van praktijkgericht onderzoek.
- Draagt systematisch bij aan verbetering en vernieuwing van de zorgverlening.

#### **Competentie 8**

De verpleegkundige werkt permanent aan de bevordering en ontwikkeling van de verpleegkundige beroepsgroep, haar/zijn eigen deskundigheid en die van haar/zijn directe (toekomstige) collega's door voortdurend actief (verschillende vormen van) kennis te zoeken en te delen en, indien van toepassing, in praktijkgericht onderzoek.

#### **Indicatoren**

De verpleegkundige

- Draagt kennis uit naar anderen: deelt kennis.
- Brengt zowel nieuwe kennis met betrekking tot ontwikkelingen in de zorgverlening, als eigen expertise over op collega-verpleegkundigen en andere betrokken zorgverleners in de praktijk.
- Signaleert eigen kennistekort, gaat in de kennisbasis van de hbo-verpleegkundige op zoek naar antwoord op haar vragen en verantwoordt daarbij het brongebruik.
- Houdt actief nieuwe toepassingen en ontwikkelingen bij op het eigen vakgebied en past relevante informatie hieruit toe.
- Levert een bijdrage aan praktijkgericht onderzoek.
- Levert een aandeel in de taak die de organisatie heeft in het onderhouden van kennis en brengt levenslang leren in de praktijk.



- Adviseert en geeft consult aan collega's binnen en buiten de eigen organisatie.
- Geeft werkbegeleiding aan studenten en medewerkers.
- Zet verschillende begeleidingsstijlen op juiste momenten in.
- Bewaakt het leerproces van de student of nieuwe medewerker.
- Vervult een voorbeeldfunctie.

### **Competentie 9**

De verpleegkundige reflecteert voortdurend en methodisch op haar eigen handelen in de samenwerking met de zorgvrager en andere zorgverleners en betreft hierbij inhoudelijke, procesmatige en moreel-ethische aspecten van haar keuzes en beslissingen.

#### **Indicatoren**

De verpleegkundige

- Reflecteert systematisch op eigen gedrag en ervaringen en maakt deze bespreekbaar.
- Kijkt terug op eigen handelen en signaleert wat er (niet) goed ging en probeert dat te verklaren vanuit de kennisbasis, en kan de eigen bekwaamheid vaststellen.
- Is zich bewust van de persoonlijke kwaliteiten en zet deze adequaat in.
- Toont initiatief en verantwoordelijkheid voor het eigen leerproces en werkzaamheden.
- Is zich bewust van discrepanties tussen eigen waarden en normen en professionele waarden en normen, en herkent effecten hiervan op eigen gedrag en dat van de ander.
- Toont professioneel gedrag tijdens de zorgverlening.

### **Competentie 9a**

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

#### **Indicatoren**

De verpleegkundige

- Herkent ethische problemen.
- Redeneert op een systematische wijze over ethische vragen en dilemma's.
- Betreft relevante wet- en regelgeving in haar besluitvorming.
- Hanteert eigen morele overtuigingen en gevoelens in de relatie met andersdenkenden.
- Gaat respectvol om met morele overtuigingen en gevoelens van andersdenkenden.
- Betreft diversiteit van zorgvragers in haar overwegingen en gaat met deze diversiteit respectvol om.
- Houdt rekening met de context; integreert betekenisverlening van de zorgvrager in de zorg; hoeft deze niet altijd te begrijpen, maar erkent het belang ervan voor de zorgvrager.

- 
- Maakt afwegingen ten aanzien van diagnostiek, behandeling en zorg in het licht van: eigen deskundigheid, opvattingen en wensen van de zorgvrager, de belasting van de behandeling en zorg voor de zorgvrager en overige professionele maatstaven.
  - Neemt standpunten in op grond van argumenten en leg haar standpunt ten overstaan van andere betrokkenen uit.
  - Beoordeelt en waardeert andere opvattingen en argumentaties.
  - Neemt verantwoordelijkheid voor het eigen handelen.

### *Beroepsrol 5 Gezondheidsbevorderaar*

De verpleegkundige in de rol als gezondheidsbevorderaar gebruikt de verschillende vormen van preventie om (de last van) ziekte te voorkomen of zoveel mogelijk te beperken. Daartoe denkt de verpleegkundige in termen van gedrag, leefstijl, gezondheid en preventie. De verpleegkundige richt zich hierbij op de zorgvrager, de omgeving van de zorgvrager en op andere zorgprofessionals.

De verpleegkundige signaleert structurele gezondheidsproblemen binnen de eigen werkcontext waarvoor nog geen passend zorgaanbod is, en bevordert de oplossing daarvan.

### **Competentie 10**

De verpleegkundige bevordert de gezondheid van de zorgvrager of groepen zorgvragers door het organiseren en toepassen van passende vormen van preventie die zich ook richten op het bevorderen van het zelfmanagement en het gebruik van het eigen netwerk van de zorgvrager.

### **Indicatoren**

De verpleegkundige

- Signaleert en interpreteert risicofactoren (waaronder leefstijlfactoren) en specifieke kenmerken van risicopopulaties.
- Past op grond van deze interpretatie en gebaseerd op preventietheorie, primaire, secundaire en tertiaire preventie toe.
- Voert preventieprogramma's uit.
- Voert een (buurt)analyse uit gericht op het signaleren van structurele gezondheidsproblemen.
- Stelt voor individuele en groepen zorgvragers preventieprogramma's en voorlichtingsprogramma's op.
- Signaleert de informatiebehoefte van de zorgvragers en diens naasten en brengt deze behoefte in kaart.
- Geeft informatie afgestemd op de vraag, de situatie, en de achtergrond van de zorgvrager en diens naasten.
- Geeft informatie gericht op kennisoverdracht en gedragsverandering en de bestendinging daarvan.
- Organiseert bijeenkomsten, stelt programma's op, past voorlichtingsmateriaal toe, en werkt mee aan screeningsprogramma's.
- Ondersteunt de zorgvrager bij het realiseren of handhaven van een zo groot mogelijke mate van autonomie in het dagelijks functioneren.
- Stimuleert en benut de eigen mogelijkheden van de zorgvrager en diens naasten.

### *Beroepsrol 6 Organisator*

De verpleegkundige in de rol van organisator is ondernemend en initiatiefrijk, kan in verschillende contexten werken. De verpleegkundige neemt leiderschap in het verpleegkundig handelen, de samenwerking en de organisatie. Zij overziet en begrijpt de financieel-economische en bedrijfsmatige belangen die bij de zorg spelen. De verpleegkundige levert een bijdrage aan de continuïteit en coördinatie van het totale zorgproces.

### **Competentie 11**

De verpleegkundige toont leiderschap in het verpleegkundig handelen en in de samenwerking met anderen en weegt de verschillende belangen waarbij het belang van de zorgvrager voorop staat.

### **Indicatoren**

De verpleegkundige

- Toont klinisch leiderschap: proactieve houding, kennis van zaken, verantwoordelijkheid (durven) nemen, ondernemend en initiatiefrijk.
- Hanteert voorwaarden voor een goed werkklimaat en therapeutisch klimaat. Dit varieert van het signaleren en opsporen van knelpunten tot het nemen van initiatief om knelpunten op te lossen.
- Signaleert kansen, mogelijkheden en/of knelpunten en onderneemt daarop gerichte actie en biedt oplossingen aan en denkt vooruit hoe problemen kunnen worden voorkomen.
- Neemt het voortouw in crisissituaties.
- Levert een bijdrage aan de ontwikkeling van het beleid van de organisatie-eenheid. Is in staat tot het meedenken over en uitvoeren van dat beleid. Kan bovendien signalen oppikken die kunnen leiden tot verandering.
- Vervult een voorbeeldfunctie.

### **Competentie 12**

De verpleegkundige plant en coördineert de zorg rondom de zorgvrager of groep zorgvragers.

### **Indicatoren**

De verpleegkundige

- Coördineert de zorgverlening zodat er geen overlappingsen, hiaten en tegenstrijdigheden ontstaan.
- Maakt gebruik van verschillende hulpmiddelen die coördinatie van zorg ondersteunen (zorgdossier, klinische paden, verpleegbeleid).
- Hanteert en stuurt op effectieve wijze informatie.
- Maakt een werkplanning en geeft hierbij prioriteiten aan.
- Hanteert (ICT-)registratie- en informatiesystemen.

- Gaat op effectieve en efficiënte wijze om met materiële, financiële en personele middelen om.
- Begrijpt de financieel-economische en bedrijfsmatige belangen van de zorgorganisatie.
- Neemt verantwoordelijkheid voor het betaalbaar houden van de gezondheidszorg.
- Denkt in ketens: kent de verschillende actuele (in)formele organisaties in de gezondheidszorg en zorgnetwerken, en weet deze tijdig in te schakelen.

### **Competentie 13**

De verpleegkundige neemt verantwoordelijkheid voor de veiligheid van zorgvragers en medewerkers binnen de organisatie.

#### **Indicatoren**

De verpleegkundige

- Bewaakt de veiligheid van de zorgvrager.
- Meldt fouten en incidenten, signaleert en rapporteert mogelijkheden tot verbetering van de veiligheid.
- Is op de hoogte van veiligheidsbeleid, zowel landelijk als in de eigen organisatie.
- Toont voorbeeldgedrag in het hanteren van veiligheidsnormen.
- Hanteert screeningsmethoden waarmee risicofactoren in kaart worden gebracht.
- Kan bijna-incidenten herkennen en adequaat reageren.

### *Beroepsrol 7 Professional en kwaliteitsbevorderaar*

De verpleegkundige levert een bijdrage aan de structurele verbetering van de kwaliteit van het totale zorgproces, en verbindt de zorgverbeteringen met het kwaliteitssysteem van de organisatie. Ook het professioneel gedrag van de verpleegkundige is een belangrijke component van de professionaliteit.

#### **Competentie 14**

De verpleegkundige monitort, meet en screent de zorgverlening zowel op het niveau van de individuele zorgverlening als op het niveau van de eenheid waarin zij/hij werkt om goede kwaliteit van zorg te borgen dan wel zorg te verbeteren.

#### **Indicatoren**

De verpleegkundige

- Verzamelt systematisch gegevens over de (kwaliteit van de) zorgverlening in de registratiesystemen van de werkeenheden.
- Voegt gegevens op individueel niveau samen tot gegevens op het niveau van de werkeenheden en kan deze gegevens adequaat interpreteren.
- Formuleert standaarden of kwaliteitsindicatoren voor verpleegkundige zorg en gebruikt de standaarden en indicatoren om de zorgkwaliteit te beoordelen.
- Maakt, bij kwaliteitsvraagstukken, een analyse van de huidige situatie om de factoren te identificeren die de zorgkwaliteit beïnvloeden.
- Stelt een implementatieplan op dat gebaseerd is op voorafgaande analyse en op implementatietheorie.
- Borgt verbeteringen in de zorg in de werkprocessen en de organisatie van de werkeenheden.

#### **Competentie 15**

De verpleegkundige levert een bijdrage aan kwaliteitssystemen binnen de organisatie en is betrokken bij het lokaal toepasbaar maken en uitvoeren van standaarden, richtlijnen, protocollen en zorgtechnologie, signaleert het ontbreken en draagt bij aan de ontwikkeling hiervan.

#### **Indicatoren**

De verpleegkundige

- Verbindt de kwaliteitsverbeteringen van de werkeenheden met het kwaliteitssysteem van de organisatie.
- Gebruikt de organisatiestructuur van de werkeenheden en van de zorgorganisatie bij het uitvoeren van zorgverbeteringen.
- Vertaalt standaarden, richtlijnen en andere evidence in protocollen, werkwijzen en tools voor de werkeenheden.
- Verwerkt passende zorgtechnologie in zorgprocessen om deze te verbeteren.

**Competentie 16**

De verpleegkundige levert een positieve en actieve bijdrage aan de beeldvorming en de ontwikkeling van de verpleegkunde vanuit een historisch, institutioneel en maatschappelijk perspectief.

**Indicatoren**

De verpleegkundige

- Gedraagt zich volgens de professionele standaard (beroepscode), de regels van de organisatie en wetgeving.
- Is zich bewust van discrepanties tussen eigen waarden en normen en professionele waarden en normen, en herkent de effecten hiervan op het eigen gedrag en dat van anderen.
- Neemt standpunten in vanuit verpleegkundige waarden en normen, verheldert deze en beargumenteert deze.
- Neemt verantwoordelijkheid voor het eigen handelen.
- Herkent de gevolgen van politieke en maatschappelijke ontwikkelingen in de zorg.
- Draagt bij aan de positieverbetering van de eigen beroepsgroep door te participeren in werkgroepen en netwerken van belangen- of beroepsorganisaties.

### Competentieniveaus

In de opleiding worden drie fasen onderscheiden: de propedeuse, de kernfase en de afstudeerfase. Per fase worden de competenties op een hoger complexiteitsniveau ontwikkeld, waarbij het niveau van fase 3 het eindniveau van de competenties van de opleiding beschrijft. Daarnaast wordt 'complexiteit' onderscheiden in drie soorten complexiteit: complexiteit van zorg, complexiteit van de context waarin de student-verpleegkundige functioneert, complexiteit van redeneren. Dit is natuurlijk een kunstmatig onderscheid, want in de praktijk is er volop interactie tussen deze drie soorten complexiteit. Elke competentie is ingedeeld in het soort complexiteit waar de focus ligt.

TABEL 1 COMPETENTIENIVEAUS PER FASE EN NAAR VORMEN VAN COMPLEXITEIT

Niveau	Fase	Complexiteit
Niveau 1	Propedeuse	Laagcomplexe zorg Laagcomplexe context Vanuit standaarden werken en redeneren
Niveau 2	Kernfase	Middencomplexe zorg Middencomplexe context Improviseren
Niveau 3	Afstudeerfase	Hoogcomplexe zorg Hoogcomplexe context Ontwerpen



### Complexiteit van de zorgsituatie

De complexiteit van de zorgsituatie wordt aan de hand van elf kenmerken bepaald:

1. stabiliteit van de zorgsituatie
2. kans op risicovolle situaties
3. meervoudige problematiek
4. multidisciplinaire samenwerking
5. verpleegtechnische interventies
6. ziekte-inzicht
7. gemotiveerdheid
8. intensieve zorg
9. beschikbaarheid mantelzorg
10. begeleiding mantelzorg
11. communicatiemogelijkheden

Per situatie worden deze elf kenmerken ingeschat en gewogen, waarna een conclusie over de complexiteit van de zorgsituatie getrokken kan worden (zie ook: tabel 2 Complexiteit van zorg).

TABEL 2 COMPLEXITEIT VAN ZORG

	<b>Niveau 1 Laagcomplex</b>	<b>Niveau 2 Middencomplex</b>	<b>Niveau 3 Hoogcomplex</b>
<b>Stabiliteit van de zorgsituatie</b>	Gezondheidstoestand en gedrag is stabiel, wisselt beperkt en is voorspelbaar	Gezondheidstoestand en gedrag zijn redelijk voorspelbaar; er is maximaal twee keer per dag herziening van de zorgplanning nodig	Gezondheidstoestand en gedrag zijn sterk wisselend en onvoorspelbaar; er is voortdurend herziening van de zorgplanning nodig
<b>Kans op risicovolle situaties</b>	Gering	Aanwezig, maar niet groot	Zullen zich vrijwel zeker voordoen
<b>Meervoudige problematiek</b>	Eén of twee soorten problemen of handicaps (somatisch en/of psychisch), die elkaar nauwelijks beïnvloeden	Maximaal twee soorten problemen of handicaps (somatisch en/of psychisch), die elkaar kunnen beïnvloeden	Er zijn drie of meer soorten problemen of handicaps (somatisch en/of psychisch), die elkaar kunnen beïnvloeden
<b>Multidisciplinaire samenwerking</b>	Samenwerking met ten hoogste twee andere disciplines	Samenwerking met ten hoogste drie andere disciplines	Samenwerking met vier of meer andere disciplines
<b>Verpleegtechnische interventies (w.o. risicovolle en voorbehouden handelingen)</b>	Verpleegtechnische vaardigheden beperken zich tot vaardigheden niveau 1 (zie lijst) <sup>1</sup>	Verpleegtechnische vaardigheden omvatten vaardigheden van niveau 2 (zie lijst) <sup>6</sup>	Verpleegtechnische vaardigheden omvatten vaardigheden van niveau 3 (zie lijst) <sup>1</sup>
<b>Ziekte-inzicht</b>	De patiënt heeft voldoende ziekte-inzicht: kan veranderingen signaleren en hierop anticiperen / adequaat reageren	De patiënt heeft beperkt ziekte-inzicht: kan veranderingen signaleren, maar is onvoldoende in staat hierop te anticiperen / adequaat te reageren	De patiënt heeft (vrijwel) geen ziekte-inzicht: kan veranderingen zelf niet signaleren, heeft voortdurend verscherpt toezicht nodig
<b>Gemotiveerdheid</b>	Gemotiveerd, of eenvoudig te motiveren tot het volgen van behandeling	De motivatie voor het volgen van de behandeling wordt door angst en/of onzekerheid beperkt	De patiënt is niet of nauwelijks gemotiveerd en niet of nauwelijks te motiveren tot het volgen van de behandeling
<b>Intensieve zorg</b>	Behoeft geen intensieve zorg	Behoeft maximaal twee maal per dag intensieve zorg	Behoeft meer dan twee maal per dag intensieve zorg
<b>Beschikbaarheid mantelzorg</b>	Mantelzorg is volledig beschikbaar	Mantelzorg is aanwezig tijdens bezoeken	Er is geen mantelzorg beschikbaar
<b>Begeleiding mantelzorg</b>	Geen begeleiding van mantelzorg nodig; de patiënt informeert zijn mantelzorgers over zijn toestand en behandeling	Mantelzorg behoeft aandacht en inspanning tijdens bezoeken en geplande gesprekken met arts en andere disciplines	Mantelzorg behoeft voortdurend aandacht en inspanning
<b>Communicatiemogelijkheden</b>	Communiqueert adequaat (spreken, schrijven, gebaren, luisteren, zien)	Communicatiemogelijkheden worden bemoeilijkt door emotionele gevolgen (angst / onzekerheid / boosheid) van opname en behandeling	Beperkte communicatiemogelijkheden, er is voortdurende aandacht en inspanning nodig

<sup>6</sup> Lijst opgesteld door AMC, OLVG, HvA. Lijst is niet toegevoegd aan deze uitgave.

### Complexiteit van de context

De complexiteit van de context waarin de student-verpleegkundige werkt, wordt aan de hand van zeven kenmerken bepaald:

De mate waarin

1. de dienst/werkzaamheden voorspelbaar verlopen;
2. de kwantiteit van het aanwezige personeel aansluit bij de zorgvraag van de patiëntenpopulatie;
3. de kwaliteit van het aanwezige personeel aansluit bij de zorgvraag van de patiëntenpopulatie;
4. de samenwerking en verhouding met collega's en leidinggevende goed is;
5. andere disciplines en ondersteunende diensten bereikbaar zijn;
6. protocollen, voorschriften en afspraken aanwezig en duidelijk zijn;
7. benodigde materialen aanwezig zijn;
8. de patiënten die in zorg zijn al bekend zijn (de snelheid van de *turn over* van de patiëntengroep).

(zie ook: tabel 3 complexiteit van de context)

TABEL 3 COMPLEXITEIT VAN DE CONTEXT

<p><b>Niveau 1</b> <b>Laagcomplex context</b></p>	<p>Voor alle zeven kenmerken geldt dat deze in voldoende mate aanwezig zijn. De dienst/werkzaamheden verlopen voorspelbaar, zonder onverwachte situaties. Er is gelegenheid om te overleggen met de begeleider of andere personen. Het personeel zoals dat volgens het dienstrooster gepland staat is aanwezig. Relevante andere disciplines en ondersteunende diensten zijn bereikbaar, materiaal is aanwezig. Het handelen kan gebaseerd worden op de aanwezige protocollen, voorschriften en afspraken, en die voldoende instructie geven om het handelen op te baseren. Er zijn nauwelijks of geen nieuwe patiënten in zorg.</p>
<p><b>Niveau 2</b> <b>Middencomplex context</b></p>	<p>Twee of drie van de kenmerken zijn niet aanwezig. Er is <b>bijvoorbeeld</b> een acute situatie, zoals een reanimatie, waarbij de kwantiteit van het personeel niet voldoende blijkt te zijn. Een van de collega-verpleegkundigen meldt zich vlak voor het begin van diens dienst ziek. Medische ondersteuning is niet bereikbaar. Het juiste protocol is niet aanwezig. Er zijn verscheidene nieuwe patiënten in zorg.</p>
<p><b>Niveau 3</b> <b>Hoogcomplex context</b></p>	<p>Ten minste vier van de kenmerken zijn niet aanwezig. Er zijn <b>bijvoorbeeld</b> verscheidene onverwachte situaties in een dienst. De middelen en materialen zijn afwezig. De protocollen, voorschriften en afspraken voorzien niet in de situatie waarin wel gehandeld moet worden. Niemand coördineert de werkzaamheden, en ieder doet zonder goed samen te werken het eigen werk. De verhoudingen tussen enkele collega's zijn verstoord, tijdens het werk is dat goed merkbaar. Artsen, andere disciplines en ondersteunende diensten hebben het druk, en zijn moeilijk bereikbaar. Er zijn veel nieuwe patiënten in zorg.</p>

### Complexiteit van redeneren

De complexiteit van redeneren door de student-verpleegkundige werkt, wordt aan de hand van een vereenvoudigde versie van de cognitieve taxonomie van Bloom bepaald.

TABEL 4 COMPLEXITEIT VAN REDENEREN

<p><b>Niveau 1</b> <b>Vanuit standaarden denken en werken</b></p>	<p>De student kan over standaardsituaties redeneren en kan de standaarden (bijvoorbeeld protocollen, veelvoorkomende aandoeningen die volgens een vast beeld en beloop te beschrijven zijn) uitleggen. Hierbij gaat het allereerst om <i>kennis</i>. De student laat bij de competenties zien in staat te zijn relevante (achtergrond)kennis te reproduceren, of verwerft deze kennis actief en doelgericht. Van de student wordt verwacht dat hij/zij kennis van relevante feiten, van relevante werkwijzen en van relevante theorieën heeft of weet te verwerven. Verder gaat het om <b>begrijpen</b>. Hierbij wordt het 'alleen maar weten' omgezet in inzicht, het kunnen <b>toepassen</b> (het kunnen gebruiken door in eenvoudige en overzichtelijke situaties te kiezen) en de toepassing kunnen verantwoorden.</p>
<p><b>Niveau 2</b> <b>Improviseren</b></p>	<p>De student stelt vragen over de standaarden, laat blijken onderscheid te maken in situaties waarin de standaard toereikend is en wanneer deze niet (meer) voldoet. Hierbij gaat het om minder overzichtelijke situaties, waarin de student logisch redeneert. De student laat merken vanuit vragen en hypothesen te kunnen werken, te kunnen ordenen en tot een geldige conclusie te kunnen komen.</p>
<p><b>Niveau 3</b> <b>Ontwerpen</b></p>	<p>De student laat zien tot creatief denken in staat te zijn. De student verenigt kennis uit verschillende bronnen tot iets nieuws. Voor de niet-standaardsituaties worden eigen oplossingen gevonden en verantwoord. Voor de verantwoording van de eigen oplossingen en de beoordeling/evaluatie van de oplossingen van anderen formuleert en hanteert de student zowel interne criteria<sup>7</sup>, als externe criteria<sup>8</sup>.</p>

7 Criteria die voortkomen uit de eisen die in het algemeen aan het 'product' van de oplossing gesteld worden, bijvoorbeeld effectiviteit.

8 Criteria die vanuit het specifieke doel aan het product worden gesteld, bijvoorbeeld aanvaardbaarheid voor deze specifieke patiënt.

### Mate van zelfstandigheid via het aangepaste ZelCom-model

TABEL 5 MATRIX COMPLEXITEITSNIVEAU 1 – ZELFSTANDIGHEID

<b>Niveau 1</b>		
	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Laagcomplexe zorg</li> <li>– Laagcomplexe context</li> <li>– Redeneren en werken vanuit standaarden</li> </ul>	
<b>Zelfstandigheid: laag (Z1)</b>	<b>Zelfstandigheid: gemiddeld (Z2)</b>	<b>Zelfstandigheid: hoog (Z3)</b>
Instructie, begeleiding en/of toezicht	Tussentijdse begeleiding of begeleiding op afstand of op afroep	Weinig sturing en begeleiding
Overlegt over te maken keuzes	Vrijheid van handelen binnen vastgesteld kader	Grote vrijheid van handelen
Schakelt hulp in bij onverwachte omstandigheden	Gedeeltelijk verantwoordelijk voor eindresultaat	Grote verantwoordelijkheid voor eindresultaat
Verantwoordelijk voor goede uitvoering van eigen werkzaamheden	Stimuleert of begeleidt anderen	Geeft leiding aan anderen
Onderbouwt standpunten met redeneringen van anderen	Onderbouwt, met hulp, standpunten met een volledig redeneerproces (van signaleren t/m handelen).	Onderbouwt, zelfstandig, standpunten met een volledig redeneerproces (van signaleren t/m handelen).

TABEL 6 MATRIX COMPLEXITEITSNIVEAU 2 – ZELFSTANDIGHEID

<b>Niveau 2</b>		
	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Middencomplexe zorg</li> <li>– Middencomplexe context</li> <li>– Improviseren: redeneren en werken buiten standaarden (als deze niet toereikend zijn)</li> </ul>	
<b>Zelfstandigheid: laag (Z1)</b>	<b>Zelfstandigheid: gemiddeld (Z2)</b>	<b>Zelfstandigheid: hoog (Z3)</b>
Instructie, begeleiding en/of toezicht	Tussentijdse begeleiding of begeleiding op afstand of op afroep	Weinig sturing en begeleiding
Overlegt over te maken keuzes	Vrijheid van handelen binnen vastgesteld kader	Grote vrijheid van handelen
Schakelt hulp in bij onverwachte omstandigheden	Gedeeltelijk verantwoordelijk voor eindresultaat	Grote verantwoordelijkheid voor eindresultaat
Verantwoordelijk voor goede uitvoering van eigen werkzaamheden	Stimuleert of begeleidt anderen	Geeft leiding aan anderen
Onderbouwt standpunten met redematies van anderen	Onderbouwt, met hulp, standpunten met een volledig redeneerproces (van signaleren t/m handelen).	Onderbouwt, zelfstandig, standpunten met een volledig redeneerproces (van signaleren t/m handelen).

TABEL 7 MATRIX COMPLEXITEITSNIVEAU 3 – ZELFSTANDIGHEID

<b>Niveau 3</b>		
	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Hoogcomplexe zorg</li> <li>– Hoogcomplexe context</li> <li>– Ontwerpen: redeneren en werken vanuit eigen ontwerpen voor niet-standaardsituaties</li> </ul>	
<b>Zelfstandigheid: laag (Z1)</b>	<b>Zelfstandigheid: gemiddeld (Z2)</b>	<b>Zelfstandigheid: hoog (Z3)</b>
Instructie, begeleiding en/of toezicht	Tussentijdse begeleiding of begeleiding op afstand of op afroep	Weinig sturing en begeleiding
Overlegt over te maken keuzes	Vrijheid van handelen binnen vastgesteld kader	Grote vrijheid van handelen
Schakelt hulp in bij onverwachte omstandigheden	Gedeeltelijk verantwoordelijk voor eindresultaat	Grote verantwoordelijkheid voor eindresultaat
Verantwoordelijk voor goede uitvoering van eigen werkzaamheden	Stimuleert of begeleidt anderen	Geeft leiding aan anderen
Onderbouwt standpunten met redenties van anderen	Onderbouwt, met hulp, standpunten met een volledig redeneerproces (van signaleren t/m handelen).	Onderbouwt, zelfstandig, standpunten met een volledig redeneerproces (van signaleren t/m handelen).

### Literatuur

Lambregts J, Grotendorst A, Van Merwijk C, redactie. Bachelor Nursing 2020. Een toekomstbestendig opleidingsprofiel 4.0. Houten: BSL; 2016.

Latour CHM, Dobber JTP. CanMEDS: Competentieset van HBO-Verpleegkunde. Amsterdam: HvA; 2013.

# BIJLAGE 2 OVERZICHT COMPETENTIES PER AFSTUDEERWERK

Eindniveau competenties blijkt in de afstudeerstage

<b>Beroepsrol</b>	<b>Competenties</b>
Zorgverlener	1, 2, 3
Communicator	4
Samenwerkingspartner	5, 6, 6a
Reflectieve EBP-professional	8, 9, 9a
Gezondheidsbevorderaar	10
Organisator	11, 12, 13
Professional en kwaliteitsbevorderaar	14, 15, 16

Eindniveau competenties blijkt uit afstudeerproducten

<b>Beroepsrol</b>	<b>Competenties</b>
Zorgverlener	1 (case study, literatuurstudie)
Communicator	
Samenwerkingspartner	
Reflectieve EBP-professional	7 (implementatieplan, case study, literatuurstudie, reflectieverslag) 9 (reflectieverslag)
Gezondheidsbevorderaar	
Organisator	
Professional en kwaliteitsbevorderaar	14 (implementatieplan) 15 (implementatieplan, case study, literatuurstudie)





# BIJLAGE 3 NLQF-NIVEAU 6

Ontleend aan: [www.nlqf.nl/nlqf-niveaus](http://www.nlqf.nl/nlqf-niveaus) (geraadpleegd 7 januari 2017)

Context	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Een onbekende, wisselende leef- en werkomgeving, ook internationaal.</li> </ul>
Kennis	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Bezit ruime, verdiepte of gespecialiseerde kennis van een beroep en kennisdomein en breed wetenschapsgebied.</li> <li>– Bezit brede, geïntegreerde kennis en begrip van de omvang, de belangrijkste gebieden en grenzen van een beroep, kennisdomein en breed wetenschapsgebied.</li> <li>– Bezit kennis en begrip van enkele belangrijke actuele onderwerpen en specialismen gerelateerd aan het beroep of kennisdomein en breed wetenschapsgebied.</li> </ul>
Vaardigheden: Toepassen van kennis	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Reproduceert en analyseert de kennis en past deze toe, ook in andere contexten zodanig dat dit een professionele en wetenschappelijke benadering in beroep en kennisdomein laat zien.</li> <li>– Past complexe gespecialiseerde vaardigheden toe op de uitkomsten van onderzoek.</li> <li>– Brengt met begeleiding op basis van methodologische kennis een praktijkgericht of fundamenteel onderzoek tot een goed einde.</li> <li>– Stelt argumentaties op en verdiept die. Evalueert en combineert kennis en inzichten uit een specifiek domein kritisch.</li> <li>– Signaleert beperkingen van bestaande kennis in de beroepspraktijk en in het kennisdomein en onderneemt actie.</li> <li>– Analyseert complexe beroeps- en wetenschappelijke taken en voert deze uit.</li> </ul>
Vaardigheden: Probleemoplossende vaardigheden	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Onderkent en analyseert complexe problemen in de beroepspraktijk en in het kennisdomein en lost deze op tactische, strategische en creatieve wijze op door gegevens te identificeren en te gebruiken.</li> </ul>
Vaardigheden: Leer- en ontwikkelvaardigheden	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Ontwikkelt zich door zelfreflectie en zelf beoordeling van eigen(ler) resultaten.</li> </ul>
Vaardigheden: Informatievaardigheden	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Verzamelt en analyseert op een verantwoorde, kritische manier brede, verdiepte en gedetailleerde beroepsgerelateerde of wetenschappelijke informatie over een beperkte reeks van basis theorieën, principes en concepten van en gerelateerd aan een beroep of kennisdomein, evenals beperkte informatie over enkele belangrijke actuele onderwerpen en specialismen gerelateerd aan het beroep en kennisdomein en geeft deze informatie weer.</li> </ul>

---

Vaardigheden: Communicatievaardigheden	<ul style="list-style-type: none"><li>– Communiceert doelgericht op basis van in de context en beroepspraktijk geldende conventies met gelijken, specialisten en niet-specialisten, leidinggevenden en cliënten.</li></ul>
Verantwoordelijkheid en zelfstandigheid	<ul style="list-style-type: none"><li>– Werkt samen met gelijken, specialisten en niet-specialisten, leidinggevenden en cliënten.</li><li>– Draagt verantwoordelijkheid voor resultaten van eigen werk en studie en het resultaat van het werk van anderen.</li><li>– Draagt gedeelde verantwoordelijkheid voor het aansturen van processen en de professionele ontwikkeling van personen en groepen.</li></ul>

---

# BIJLAGE 4 OVERZICHT MINORENAANBOD 2017-2018

De opleiding Verpleegkunde biedt een scala aan mono- en interdisciplinaire minoren aan. Op grond van actuele ontwikkelingen wordt het minorenaanbod regelmatig aangepast. Op 'kies op maat' <https://www.kiesopmaat.nl/modules/?org=hva&mode=f> staat het actuele overzicht van het minorenaanbod van de opleiding Verpleegkunde. In het cursusjaar 2017-2018 werden de volgende minoren aangeboden

## *Complex care: Minor Complexe Wijkverpleegkundige Zorg*

De minor Complexe Wijkverpleegkundige Zorg (CWZ) sluit met cursussen die op verdiepende wijze ingaan op actuele thema's die zich voordoen in de wijk, aan bij de verschuiving van (complexe) zorg naar de eerste lijn. Kennis van relevante wetgeving, gezondheidspsychologie en wijkgerichte preventie nemen een prominente plaats in binnen deze minor. Complexe zorg verlenen aan patiënten thuis vraagt om adequaat klinisch redeneren en indiceren op somatisch, psychisch en sociaal gebied, uitvoering van verpleegtechnische vaardigheden en aandacht voor ethische vraagstukken. Communicatieve vaardigheden worden praktisch getraind in de trainingen systeemgericht communiceren en motivational interviewing. Zorgtechnologie krijgt steeds meer toepassingen in de wijk. Binnen de minor verkent de student de modernste hulpmiddelen en de implicaties van het gebruik hiervan voor de verpleegkundige, de patiënten en diens naasten. In de minor CWZ kan de student kiezen tussen twee projecten: (1) door een fictief wijkteam te ontwerpen leert de student hoe een wijkteam binnen een gezondheidsnetwerk functioneert; (2) de student organiseert de zorg rond een thuiswonende patiënt met psychiatrische problematiek. Bijzondere aandacht is er in de minor ook voor verpleegkundig leiderschap. Vanwege het specialistische karakter staat de minor CWZ alleen open voor studenten van HBO-V-opleidingen.

## *Minor Global Health: Urban Vitality*

In de Engelstalige minor Global Health verbreedt de student zijn kennis over het werkveld van Global Health, ontwikkelt de student competenties op het gebied van samenwerking en communicatie in een internationaal en interprofessioneel klaslokaal. Daarnaast ontplooit de student zijn vaardigheden om probleem- en behoefteanalyses af te nemen bij doelgroepen met verschillende sociale gezondheidsdeterminanten. De studenten krijgen de gelegenheid om deel

te nemen aan een internationale uitwisseling, of een project uit te voeren in het buitenland, of onderwijs te volgen bij partner-universiteiten in Europa.

Globalisering van de samenleving strekt zich ook uit tot de gezondheidszorg in Nederland en elders. Een verpleegkundige verleent in Nederland of in het buitenland in gezondheidszorginstellingen zorg in een multicultureel team aan patiënten met diverse etnische achtergronden.

#### ***Minor Health Care and Science***

Deze internationale Engelstalige minor is gericht op studenten die een master willen gaan volgen (zoals de master EBP) of interesse hebben in wetenschappelijk onderzoek in de gezondheidszorg. Ervaren onderzoekers laten de studenten kennis maken met statistiek, lezen en schrijven in wetenschappelijk Engels, epidemiologie en Evidence-Based Practice. Lectoren en hoogleraren van de HvA geven gastcolleges over het huidige onderzoek binnen ACHIEVE, het kenniscentrum voor zorg en gezondheidsvraagstukken van de faculteit Gezondheid. De studenten voeren zelf onderzoek uit onder leiding van een ervaren coach (literatuuronderzoek, data-analyse op een open database en schrijven van een wetenschappelijk artikel), en presenteren de resultaten van hun onderzoek op een eindsymposium.

#### ***Minor Urban Vitality - Health Promotion***

Wonen in een grote stad heeft invloed op de leefstijl van haar inwoners. Het bevorderen van een gezonde leefstijl binnen de stad staat dan ook op de voorgrond in deze minor. Door in een multidisciplinair team samen met een opdrachtgever en samen met inwoners van de stad aan een oplossing voor specifieke gezondheidsrisico's te werken, leert de student preventieve zorg te ontwerpen, te coachen en te begeleiden, te onderzoeken en te ondernemen.

#### ***Complex care: Minor Intensief Klinische Zorg (met anesthesievariant)***

Binnen deze verdiepende minor voor studenten Verpleegkunde ontwikkelt de student competenties die nodig zijn op een Intensief Klinische Zorg afdeling. De minor is gericht op de algemene gezondheidszorg. Het programma is uitdagend geschreven en leert studenten te functioneren in complexe beroepssituaties. Binnen het anesthesiedeel leert de student daarnaast nog de basis van het uitvoeren en beredeneren van anesthesiologische zorg. Medische kennis en complexe verpleegtechnische vaardigheden nemen een ruime plaats in binnen deze minor, maar ook is er aandacht voor ethiek, patiëntveiligheid, klinisch redeneren, klinisch leiderschap en projectvaardigheden. De minor wordt afgesloten met een lotustraining waarbij acteurs zo realistisch mogelijk een hoog-complexe patiënt uitbeelden en trainers uit de specialistische beroepspraktijk de student begeleiden en feedback geven op hun handelen.

### ***Minor Kinderen***

In de minor Kinderen verkrijgt de student verdiepende kennis over verpleegkundige zorg, begeleiding en behandeling van kinderen, waaronder achtergrondkennis over medische kennis en ontwikkelingspsychologie. De minor wordt aangeboden aan alle studenten van de faculteit Gezondheid en voor alle afstudeerrichtingen van de opleiding Verpleegkunde. Er wordt naar gestreefd dat de studenten in het 4<sup>de</sup> studiejaar een stage lopen in het veld van gekozen afstudeerrichting op het gebied van kind- en / of jeugdzorg waarbij stageopdrachten aangepast zijn aan de context en eerder opgedane kennis en vaardigheden.

### ***Minor Urban Vitality: Sociaal Psychiatrische Zorg***

Psychische en sociale kwetsbaarheid vergen een eigen aanpak. Daarbij is het perspectief van de patiënt uitgangspunt voor de ondersteuning en begeleiding. In deze minor leert de student kaders waarmee deze ondersteuning en begeleiding vorm kan worden gegeven, zoals kennis en vaardigheden ten aanzien van groepsprocessen, motivational interviewing, en cognitieve gedragstherapie.

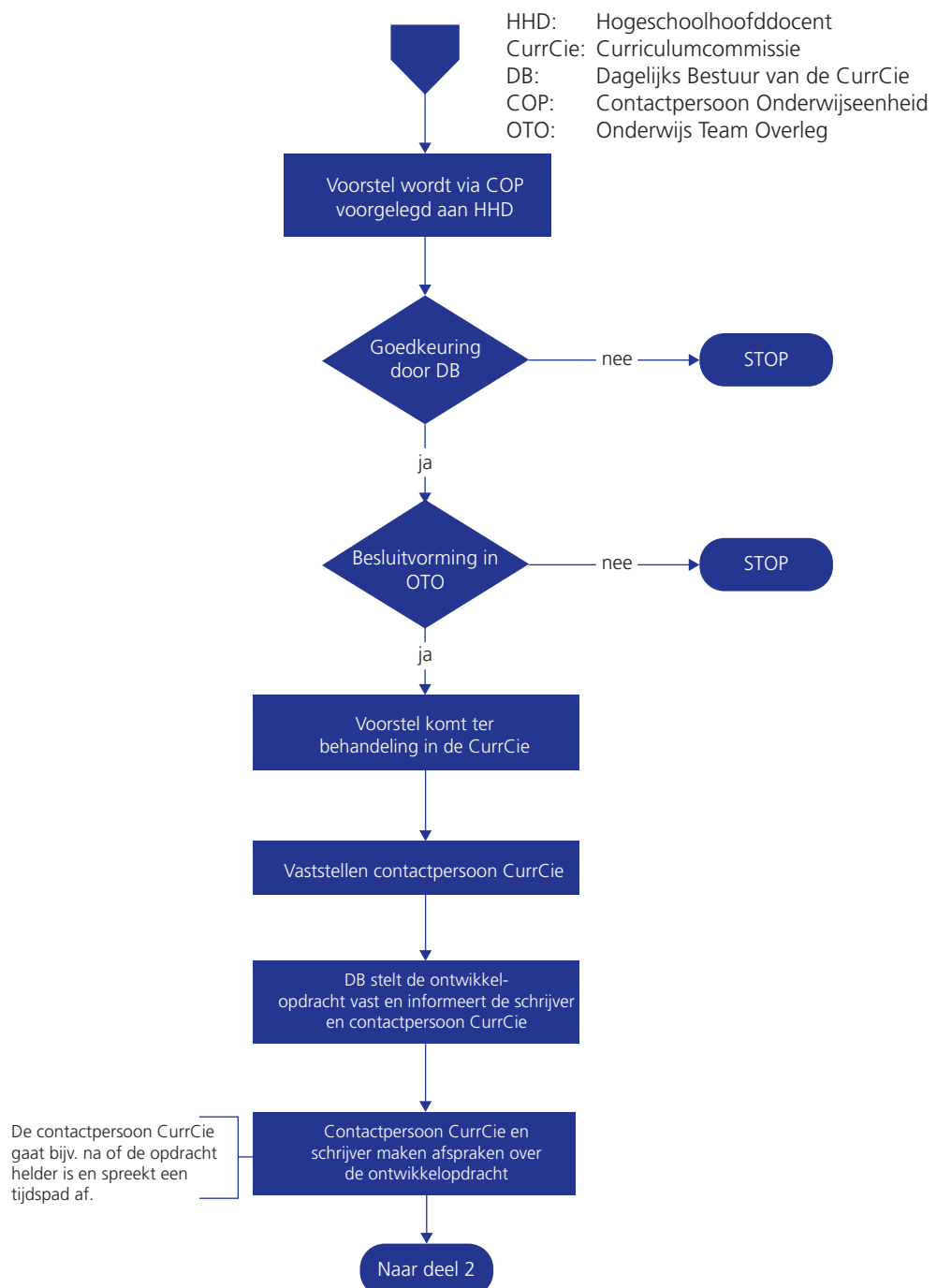
### ***Minor Zorgtechnologie***

Zorgtechnologie speelt een steeds grotere rol in de gezondheidszorg. Technische producten zijn echter veelal slechts beperkt ontwikkeld vanuit de behoeften en capaciteiten van de (zieke) mensen en zorgprofessionals. In deze minor werken technologiestudenten en gezondheidszorgstudenten samen aan digitale producten voor de gezondheidszorg.



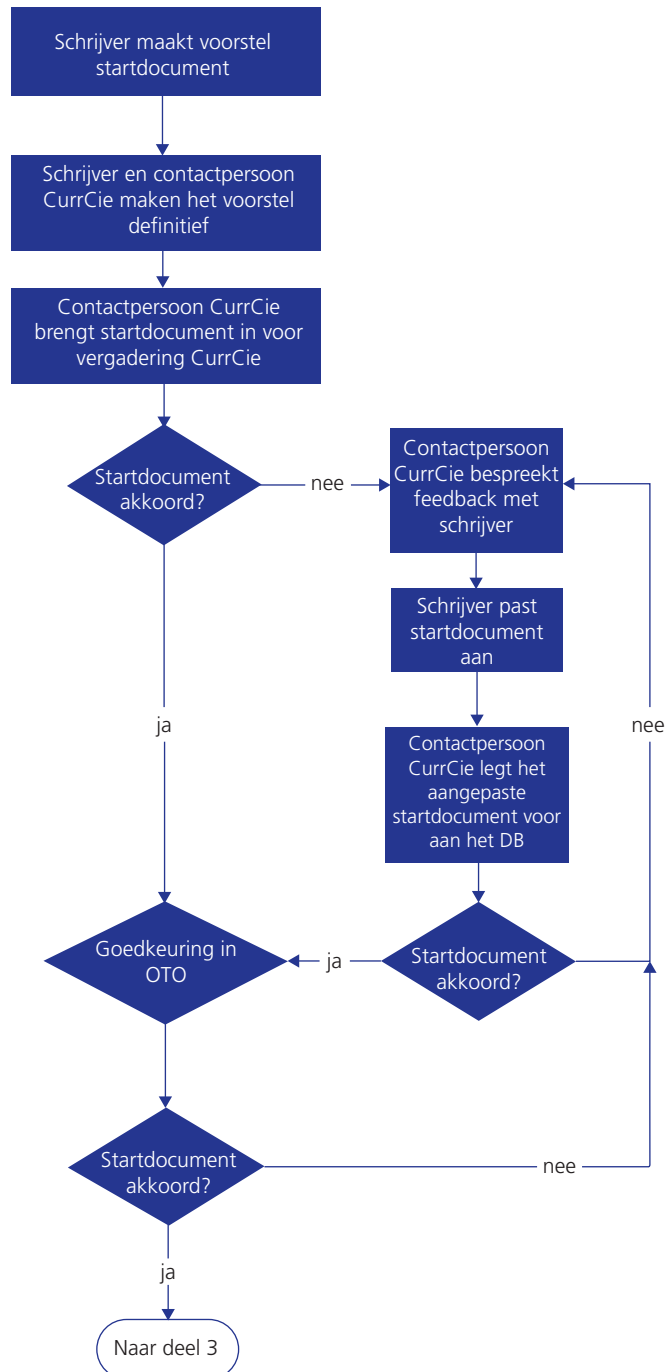
# BIJLAGE 5 STROOMDIAGRAM ONDERWIJS- ONTWIKKELING

Ontwikkelopdracht - procesbeschrijving (1)





## Ontwikkelopdracht - procesbeschrijving (2)



Ontwikkelopdracht - procesbeschrijving (3)

