

CONCEPT

Operationeel Opleidingsplan Heelkunde “Toevertrouwde Handelingen”

In aanvulling op het bestaande opleidingsplan SCHERP

Versie 0.5

3 juni 2015	Versie 0.1	Concept opgesteld
13/14 september 2015	Versie 0.2	Concept uitgewerkt met schrijfgroep SCHERP
14 september 2015	Versie 0.2	Presentatie in Opleidersvergadering
12 oktober 2015	Versie 0.3	Uitwerking bespreken binnen Moderamen
9 november 2015	Versie 0.4	Uitwerking bespreken binnen Concilium
19 november 2015	Versie 0.5	Uitwerking presenteren in Raad Opleiding Uitzetten bij leden Concilium voor gebruik pilot
27 november 2015	Versie 0.5	Uitwerking presenteren tijdens Najaarsdag
7 december 2015		Plan ter goedkeuring voorleggen aan bestuur NVvH
v.a. 1 januari 2015		Aanpassing besluit heelkunde (formeel traject CGS)

- **Waarom doen we dit?**
 - SCHERP levert fraai en compleet overzicht over heelkunde en helpt inhoudelijk met curriculum, maar geeft problemen met implementatie op werkvloer.
 - Competenties zijn op zich goed te toetsen, maar kunstmatige scheiding tussen (algemene) competenties sluit niet aan bij praktijk.
- **Wat willen we veranderen?**
 - Er moet een systeem komen dat het dagelijkse werk op de werkvloer en de daarbij behorende verantwoordelijkheden volgt: je wilt weten wat een aios kan en wat je eventueel aan hem/haar zou kunnen toevertrouwen. En deze komen overeen met wat we relevant vinden dat toevertrouwd kan worden.
 - Datgene wat je wilt toevertrouwen hebben we benoemd met “toevertrouwde handelingen”. Wanneer en hoe je die toekent, is natuurlijk van groot belang. Dit moet komen uit observaties die de opleidersgroep direct of indirect (via de verpleging bijvoorbeeld) doet: observeerbaar gedrag. Hiertoe zal dan wel geregeld een feedback gesprek met de aios nodig zijn en dit gesprek zal ook wel vastgelegd moeten worden in het portfolio (zie addendum “vastleggen feedback”).
 - SCHERP blijft in geüpdatete versie bestaan als naslag van de competenties die een aios moet ontwikkelen op de verschillende thema’s.
 - De keyprocedurelijst is zoveel mogelijk in de toevertrouwde handelingen beschreven, maar blijft wel apart als naslag bestaan.
- **Wat bedoelen we met “toevertrouwde handelingen”?**
 - Deze is afgeleid van het concept van Olle ten Cate “entrustable professional activity”, EPA. Echter bij EPA systematiek zit een vertaling naar competentiestructuren en een geheel van competentiematrixen aan vast, die de bruikbaarheid van de EPA in de praktijk lastig maken en complex. De winst als het gaat om praktische haalbaarheid wordt niet verbeterd met de EPA’s.
- **Waarom deze onderdelen van toevertrouwde handelingen gekozen?**
 - Deze worden als de meest essentiële gezien om te behalen en voldoende groei in ontwikkeling te markeren.
 - Ze zijn samengesteld door het Concilium Chirurgicum na uitvoerig overleg en meerdere sessies met de schrijfgroep
- **Wat wordt bedoeld met “observeerbaar gedrag”?**
 - Onder de toevertrouwde handelingen worden concrete observeerbare gedragingen als voorbeeld genomen, die besproken kunnen worden met de AIOS
 - Het is nadrukkelijk niet de bedoeling dat alle gedragingen iedere keer gezien worden, maar dient als steun om de discussie aan te gaan in de opleidersgroep en met een AIOS, wanneer het toekennen van toevertrouwde handelingen opportuun is geworden.
- **Hoe zit het met Kennis en Vaardigheden?**
 - Voor alle toevertrouwde handelingen geldt dat de gedragingen onderbouwd moeten zijn met kennis, die praktisch klinisch getoetst kan worden en middels de kennistoets (ABSITE®)
 - Voor toevertrouwde handelingen zijn technische vaardigheden nodig. De vaardigheden worden zoals in SCHERP getoetst middels OSATS. Voor de handeling kan worden toevertrouwd dienen uiteraard de daarbij benodigde vaardigheden op orde te zijn.

Voorbeelden zijn inbrengen infuus, thoraxdrain en arterieel lijn alsmede kleine verrichtingen.

- **Hoe gaan we toevertrouwde handelingen gebruiken?**
 - Medisch inhoudelijke zaken worden niet expliciet benoemd in de toevertrouwde handelingen. Indirect is kennis wel verwerkt, maar niet op het niveau van de kennistoets.
 - Voor sommige toevertrouwde handelingen geldt een volgordelijkheid (bijvoorbeeld: eerst moet de toevertrouwde handeling consultatie acute patiënt behaald zijn voordat weekend/avond/nachtdienst alleen in huis behaald kan worden). Naar de volgordelijkheid van de genoemde punten zal door de schrijfgroep in een later stadium nog gekeken worden.
 - De aios die nog geen toevertrouwde handelingen toegekend hebben gekregen, kunnen wel bepaalde handelingen uitvoeren, mits de supervisie of zelfs toezicht goed geregeld is en de patiëntenzorg niet in gevaar komt. Dit is aan de beoordeling van de opleidersgroep.
 - Er worden geen strikte periodes anders dan jaar 1 of jaren 2-4 vastgesteld voor het behalen van toevertrouwde handelingen, aangezien de patiënten populatie waaraan de aios wordt blootgesteld afhankelijk is van de kliniek waar de aios op dat moment in opleiding is.
- **Hoe gaat het met de indeling in de diverse fases van de opleiding?**
 - **Jaar 1:**
 - Dit zijn de belangrijkste elementen van zorg die toevertrouwd moeten worden, omdat het voor functioneren in de kliniek essentieel is. De meesten kunnen behaald worden in het eerste ½ jaar en wellicht eerder voor mensen die 1-2 jaar anios zijn geweest. *Niet behaald hebben aan eind 1^e jaar betekent toch wel dat er twijfel reist over geschiktheid voortzetten opleiding.*
 - **Jaar 2-4:**
 - Deze onderdelen zijn vooral gebaseerd op het rapport “algemene chirurgie”, waarin aangegeven wordt wat de NVvH verwacht dat door alle chirurgen gecoverd kan worden en wat verder iom vakgroep verdeeld moet worden. Kortom alle chirurgen moeten deze handelingen toevertrouwd hebben gekregen.
 - **Jaar 5,6 differentiatie:**
 - Deze zijn nog niet ingevuld. Hiertoe dienen de subverenigingen een aanzet te gaan maken. Daarbij is behoorlijk wat vrijheid, maar moet wel passen in de conceptuele gedachte van toevertrouwde handelingen, zoals uitgedragen in dit plan.
- **Hoe krijgt een aios een bepaald gedeelte van de handelingen toevertrouwd?**
 - De aios vraagt zelf bij de opleider aan om bepaalde handelingen toevertrouwd te krijgen. Hij/zij ondersteunt dit met verslagen van feedback (KPB, OSATS, 360grd) in het portfolio, waaruit de blijkt dat de kennis, vaardigheden en gedrag op een zodanig niveau is dat de handeling toevertrouwd kan worden. Om te bepalen of iets wel of niet op niveau is, worden geen exacte criteria geformuleerd, maar dit wordt overgelaten en is de verantwoordelijkheid van de opleidersgroep.

- De opleider raadpleegt in dit proces de opleidersgroep en eventueel anderen. Het lijkt zinvol om als opleidersgroep geregeld bij elkaar te komen om in gezamenlijkheid specifieke gevallen of twijfelgevallen te bediscussiëren, waar dat nodig wordt geacht door de opleider of één van de leden van de opleidersgroep.
- In ieder geval blijft de opleider in the lead. Het is niet zo dat alle leden van de opleidersgroep toevertrouwde handelingen kunnen uitdelen dan wel “afvinken”, dit mag pas na overleg met de (plaatsvervangend) opleider.
- ***Komen er weer nieuwe extra formulieren naast bijv OSATS en KPB?***
 - Nee, toevertrouwde handelingen worden niet als extra tool ingezet. De bedoeling is dat andere formulieren komen te vervallen en dat er enkel met goede en verbeterpunten gewerkt wordt. In het portfolio kunnen oude beoordelingsformulieren wel blijven bestaan, enkel als hou vast voor de beoordelaars (niet om standaard in te vullen)
- ***Kunnen de handelingen op verschillende niveaus (A,B,C,D,E) worden toevertrouwd?***
 - Nee, toevertrouwde handeling betekent per definitie het hoogst haalbare niveau. Je kunt zorg niet een “beetje” toevertrouwen. Overigens betekent het toevertrouwen van handelingen niet dat de aios alle mogelijk denkbare scenario’s zelf kan oplossen, maar wel dat hij/zij in staat is de eigen grenzen in te schatten en tijdig en relevant hulp in te roepen.
- ***Hoe gaat het verder?:***
 - Dit is een ontwikkeldocument: we kunnen er dus direct mee aan de slag. Het ligt nog niet in steen gebeiteld en de komende jaren zullen we aanpassingen maken. Natuurlijk moet het wel vastgelegd worden in een nieuw Besluit Heelkunde samen met een revisie van SCHERP (met bijvoorbeeld de nieuwe keyprocedurelijst)
 - We hopen op een levendig document met veel input vanuit de werkvloer.

Opleidingsjaar 1: Toevertrouwde Handelingen en het te observeren gedrag

1. Polikliniek

- a. Communicatie met patiënt en familie is goed
- b. Past 'shared decision making' toe
- c. Herkent en bespreekt complicaties
- d. Kan een slecht nieuws gesprek voeren
- e. Bereidt het spreekuur voor en handelt nadien correct af
- f. Tijdig en goed gedoseerd verzoeken om supervisie
- g. Goede afstemming met ondersteunend personeel
- h. Spreekuur start en loopt volgens afgesproken schema
- i. Past adequate verslaglegging toe (EPD, DBC etc.)

2. Zelfstandige zorg voor een verpleegafdeling

- a. Correcte bejegening van patiënten
- b. Concrete en effectieve communicatie met verpleegkundige
- c. Kan zelfstandig beleid voeren in samenwerking met verpleegkundigen
- d. Herkent de vitaal bedreigde patiënt en biedt juiste hulp
- e. Stelt juiste prioriteiten op de afdeling
- f. Correcte administratieve afwerking inclusief complicatieregistratie
- g. Vraagt tijdig supervisie
- h. Vraagt tijdig intercollegiale hulp en is adequaat in de consultvraag
- i. Is correct en volledig in de informatievoorziening naar de patiënt: zowel gunstig als ongunstig beloop wordt besproken

3. Consultatie acute patiënt op de SEH (trauma, buikbeoordeling, complexe wond)

- a. Herkent de vitaal bedreigde patiënt en zet juiste beleid in, onafhankelijk van oorzaak
- b. Triage: Weet op juiste moment supervisie te vragen
- c. Respondeert tijdig en vlot op zorgvraag en is oplossingsgericht
- d. Onderzoekt vlot en correct patiënt en zet beleid in
- e. Neemt leiding, overlegt efficiënt en correct met verpleegkundigen
- f. Kan correct en overtuigd consultatie verzoeken van aanpalend specialist
- g. Weet probleem door telefoon compact, coherent en met voorstel voor behandelplan te presenteren
- h. Handelt administratie goed af en regelt eventuele opname in huis

4. Weekend/avonddienst alleen in huis

- a. Moet Toevertrouwde Handeling 3 hebben gehaald
- b. Reageert vlot op hulp-, consultvraag
- c. Weet algemene heelkundige problemen zelfstandig af te handelen, kent gangbare protocollen
- d. Vraagt supervisie voor invoelbare problemen
- e. Overlegt compact met supervisor met coherent verhaal en voorstel tot behandelplan
- f. Overlegt respectvol en compact met coherent verhaal naar andere disciplines / 1e lijn
- g. Weet tijdig hulp te vragen bij teveel werk als patiëntenzorg in gedrang komt
- h. Verricht juiste triage
- i. Adequate statusvoering

5. Chirurgische interventie (op POK, op OK of elders)

- a. Treft de juiste voorzorgsmaatregelen:
 - i. Organiseert indien nodig supervisie
 - ii. Bereidt procedure medisch inhoudelijk voor
 - iii. Organiseert en doet de briefing / sign in / time out
- b. Kent de benodigheden voor de procedure en heeft deze klaar
- c. Runt het POK programma efficiënt en veilig
 - i. Verricht debriefing / sign out compleet
 - ii. Bewaakt de voortgang en de tijdsplanning
- d. Kent eigen grenzen en vraagt tijdig supervisie
- e. Houdt zich aan regels betreffende kleding en hygiëne
- f. Communicatie:
 - i. Stelt patiënt en familie op de hoogte van verloop van de procedure
 - ii. (regelt) vervolg patiënt op resultaat van de interventie
 - iii. Correcte en effectieve samenwerking met verpleegkundigen
 - iv. Verslaglegging

Opleidingsjaar 2 – 4: Toevertrouwde Handelingen en het te observeren gedrag

a. *Van de aios wordt verwacht dat hij/zij voldoende kennis heeft van ziektebeelden en de betreffende richtlijnen.*

1. Acut bedreigd been

- a. Adequate inschatting van ernst en urgentie van het probleem en handelt daarna.
- b. Koppelt de snelheid van overleg (met vaatchirurg/radioloog) aan de mate van de ischemie.
- c. Doelmatige inzet van aanvullende diagnostiek.
- d. Inzicht in chirurgische en endovasculaire behandelingsmogelijkheden; zich vertalend in concreet behandelplan.
- e. Verricht onderbeensamputatie en vrij leggen van de lies zelfstandig.

2. Diagnostiek en behandeling appendicitis acuta

- a. Adequate anamnese en lichamelijk onderzoek
- b. Medisch en ethisch juiste keuze van vervolgdagnostiek (kennis richtlijn)
- c. Adequaat medisch handelen (bijv. AB, extra infuus, etc.)
- d. Organisatie opname en OK waarbij juiste communicatie en afspraken i.s.m. andere zorgprofessionals worden vastgelegd
- e. Chirurgisch correct uitvoeren van de procedure op D niveau
- f. Voorkomt in samenwerking met operatie-team onveilige situaties
- g. Roept, wanneer nodig, tijdig hulp in
- h. Maakt de juiste post-operatieve afspraken en vervolgt de patiënt in het post-operatieve beloop

3. Onbloedige repositie extremiteit

- a. Adequaat anamnese en lichamelijk onderzoek
- b. Bepalen van de urgentie en volgorde van de diagnostiek en behandeling
- c. Adequaat inspelen op teken van (kinder)mishandeling of risico hierop
- d. Inzicht in alternatieve behandelingsmogelijkheden
- e. Correcte communicatie met familie
- f. Correcte en effectieve samenwerking met verpleegkundigen
- g. Repositie procedure correct uitvoeren, inclusief immobilisatie behandelingen

4. Symptomatisch galsteenlijden

- a. Kent symptomatologie en differentiaal diagnostiek
- b. Heeft regie bij de opvang
- c. Past kennis van prioritering van behandeling en diagnostiek toe
- d. Herkennen galwegprobleem en adequate consultatie MDL
- e. Kent de conservatieve en alternatieve behandeling, inclusief adequate pijnstilling
- f. Kan electief een cholecystectomie verrichten van een ongecompliceerde galblaas op D niveau
- g. adequate diagnostiek en behandeling van complicaties van een cholecystectomie
- h. Juiste omgang met gecompliceerd beloop van een cholecystectomie

5. Basale huidmaligniteiten

- a. Is bekend met de biologie en daarmee gepaard gaande behandelconsequenties van de verschillende huidkankers.
- b. Is in staat een slecht nieuws gesprek te voeren.
- c. Doelmatige inzet van aanvullende diagnostiek.
- d. Is in staat tot het maken van (evt. multidisciplinair) behandelplan (pre- en postoperatief).
- e. Zelfstandig verrichten van een re-excisie, SN procedure, SSG, huidtranspositie.

6. Chirurgische wondbehandeling

- a. Adequate anamnese en lichamelijk onderzoek
- b. Herkennen van risicofactoren en eventueel onderliggend lijden
- c. Inzicht in verschillende behandelingsmogelijkheden en rekening houdend met maatschappelijke (o.a. kosten) en patiëntfactoren
- d. Zelfstandig necrotectomie, sluiten wond op OK, SSG en VAC behandeling correct uitvoeren (inclusief adviezen voor post-operatieve wondzorg)
- e. Goede samenwerking met andere zorgverleners

7. Vasculaire toegangsweg chirurgie

- a. Kennis van verschillende indicaties en technieken
- b. Gerichtte/gepaste inzet van pre-operatieve diagnostiek
- c. Gepaste communicatie met patient over procedure/complicaties
- d. Zelfstandig verrichten van CVL, PAC
- e. Adequaat herkennen/behandelen van specifieke complicaties
- f. Controle op resultaat inclusief eventuele complicaties

8. Primaire opvang en triage traumapatiënt (incl. thoraxdrainage) *

- a. Aandacht voor MIST (Mechanisme, Injuries, Signs, Treatment)/ adequate overdracht vanuit ambulance
- b. Past primaire opvang volgens ATLS principes toe
- c. Heeft regie bij opvang
- d. Roept tijdig hulp in
- e. Kennis van prioritering van behandeling en diagnostiek
- f. Procedures?

* onderscheid met jaar 1 no 3 moet nog besproken worden met NVT

9. Superviseren van jongere jaars zowel SEH, afdeling en eenvoudige operaties

- a. Juiste inschatting kwaliteiten en ervaring jongerejaars
- b. kent eigen grenzen en schakelt passend zelf supervisie in
- c. Toevertrouwde handeling acute buik, SEH moeten behaald zijn
- d. Weet bij welke casuïstiek patiënt medebeoordeeld moet worden
- e. Stelt zich toegankelijk op met aandacht voor leerproces jongerejaars door middel van doorvragen en het bespreken van alternatieven
- f. Superviseert opbouwend bij 'minor surgery' (bv appendix, peri-anaal abces, POK)

10. Leiderschap in (multidisciplinaire) besprekingen

- a. Geeft blijk van adequate voorbereiding
- b. Respectvolle bejegening alle betrokkenen.
- c. Stimuleert interactie tussen betrokken disciplines
- d. Structureert en bewaakt voortgang
- e. Vat adequaat samen en kan conclusie formuleren

11. Onderwijs geven/ klinische les geven

- a. Teach the teacher of vergelijkbare cursus gevolgd
- b. Is in staat om op een goede wijze een CAT/PICO te doen
 - i. Juiste bronnen gebruikt
 - ii. Correcte synthese van gegevens
 - iii. Duidelijke en interactieve presentatie
 - iv. Is in staat een boodschap te formuleren en over te brengen
 - v. Geeft blijk van beheersing van de materie
- c. Kent eigen grenzen in kennis en vraagt zo nodig hulp

12. Chirurgische consultatie patiënt op de IC

- a. Verricht juiste triage: kan urgentie van problemen bepalen
- b. Kan de vitaal bedreigde patiënt systematisch en volledig in kaart brengen; zorgt voor een correcte toepassing van aanvullende diagnostiek
- c. Kent eigen grenzen en schakelt tijdig hulp in
- d. Herkent de specifieke chirurgische en niet-chirurgische aandoeningen bij IC patiënten
- e. Weet probleem door de telefoon compact, coherent en met voorstel voor behandelplan te presenteren
- f. Is in staat het behandelplan te communiceren met de overige zorgverleners/behandelaren en tijdens multidisciplinair overleg
- g. Kent specifieke chirurgische wond- en drainage behandeling.