

# **HANDLEIDING VVGN KWALITEITSEVALUATIE**

**Versie 2026-04**

# Voorwoord

Deze handleiding beschrijft het kwaliteitsevaluatiemodel van de VVGN, dat onderdeel vormt van de herregistratie-eisen van de KNMG voor verslavingsartsen. Het model biedt een gestructureerde aanpak voor de evaluatie van het individueel functioneren, bestaande uit zelfevaluatie, feedback uit de werkomgeving, samenwerking binnen de Kwaliteitsevaluatiegroep (KE-groep) en een periodieke visitatie.

Het document geeft een volledige toelichting op de processen, instrumenten en beoordelingscriteria die binnen het kwaliteitsevaluatietraject worden gebruikt. De handleiding is bedoeld als praktische richtlijn voor verslavingsartsen om het evaluatieproces zorgvuldig, volledig en conform de gestelde eisen te doorlopen. Hiermee ondersteunt het de continue professionele ontwikkeling van de beroepsgroep en draagt het bij aan het bevorderen van de kwaliteit van de verslavingsgeneeskundige zorg.

# Samenvatting

De kwaliteitsevaluatie van het professioneel functioneren is één van de eisen van de KNMG in het kader van de (her)registratie als verslavingsarts KNMG. Het door de VVGN ontwikkelde kwaliteitsevaluatieprogramma biedt een gestructureerde manier om te komen tot voortdurende professionele ontwikkeling. In dit proces wordt de verslavingsarts ondersteund door beroepsgenoten: eerst door de leden van de KE-groep, vervolgens door visitatoren tijdens de visitatie.

In dit model staan evaluatie/reflectie en samenwerking centraal als middelen om tot kwaliteitsverbetering te komen: evaluatie van en reflectie op de eigen beroepsuitoefening en dit in samenwerking met beroepsgenoten. Dat alles is gericht op de doorlopende en verdere ontwikkeling van het individueel functioneren. Zoals eerder vermeld is dit een van de eisen om te voldoen aan de herregistratie-eisen van de KNMG (<https://www.knmg.nl/ik-ben-arts/herregistratie/herregistratieeisen-1>).

## Evaluatie individueel functioneren

In de periode tussen de herregistratiemomenten besteedt de verslavingsarts aandacht aan evaluatie van zijn individueel functioneren door middel van regelmatige zelfevaluatie/reflectie en door feedback te vragen uit zijn omgeving (patiënten, collega's en andere medewerkers). Met de uit deze informatie verkregen aandachtspunten stelt hij/zij verbetertrajecten (Ontwikkeltrajecten) op in het Persoonlijk Ontwikkelingsplan (POP).

## Rol van de Kwaliteitsevaluatiegroep

De KE-groep vervult meerdere kerntaken binnen het kwaliteitsevaluatieproces. Allereerst ondersteunen de groepsleden elkaar actief bij het uitvoeren van de zelfevaluatie en het opstellen van het Persoonlijk Ontwikkelingsplan (POP). Daarnaast draagt de KE-groep als geheel verantwoordelijkheid voor de voortdurende professionele ontwikkeling van ieder individueel groepslid. Dit betekent dat de groepsleden elkaar stimuleren, kritisch bevragen en helpen om de eigen competenties verder te ontwikkelen. Het functioneren van de KE-groep vormt daarom ook een belangrijk aandachtspunt voor visitatoren tijdens de visitatie, in het kader van de herregistratie-eisen voor verslavingsartsen KNMG.

## Feedback binnen de KE-groep

De feedbackrol van de groepsleden is een belangrijk onderdeel van het kwaliteitsevaluatieproces. Zodra alle groepsleden de vragenlijsten **“Sta stil bij je POP” (06)**, **“Todo” (05)** en de **POP-module in Mijnportfolio** ( met daarin de ontwikkeltrajecten voor de komende periode) hebben ingevuld, worden deze documenten binnen de KE-groep onderling uitgewisseld voor het geven van feedback.

Door deze uitwisseling kunnen de groepsleden elkaar ondersteunen bij het aanscherpen en concreter formuleren van de ontwikkeltrajecten (leerdoelen) in de definitieve POP. Elk groepslid geeft feedback op de concept POP van minimaal twee andere groepsleden. Door elkaar op een constructieve en kritische manier van commentaar te voorzien, verdiepen de groepsleden niet alleen de POP van de ander, maar ook de reflectie van het eigen functioneren.

Wij adviseren u deze handleiding vooraf goed te bestuderen mede als voorbereiding op de visitatie. Daarbij zijn vooral van belang de eisen, die gesteld worden aan Het **Reflectieverlag** ("**De Spiegel**") en de vragenlijsten "**Sta stil bij je POP**" en de ontwikkeltrajecten in de **POP-module** in Mijnportfolio bijzondere aandacht.

## Inleiding

Het evalueren van het individueel functioneren is voor medische professionals niet alleen een wettelijke en morele plicht, maar vormt ook een verplicht onderdeel van de herregistratie-eisen. Om verslavingsartsen hierin te ondersteunen, heeft de VVGN een eigen evaluatiemodel ontwikkeld. Dit model sluit aan op het evaluatie- en visitatiemodel dat al jaren wordt gebruikt door onder andere de NVAB (Bedrijfsartsen) en de NVAVG (Artsen Verstandelijk Gehandicapten).

Het kwaliteitsevaluatietraject, waarin visitatie de externe toetsing vormt, biedt een gestructureerde manier om te komen tot doorlopende professionele ontwikkeling van de verslavingsarts KNMG. De verslavingsarts wordt in dit traject ondersteund door beroepsgenoten: in de eerste plaats door de groepsleden van de Kwaliteitsevaluatiegroep (KE-groep), en daarnaast door de visitatoren tijdens de visitatie.

Uitgangspunt is dat de verslavingsarts aandachtspunten (ontwikkelpunten) zoekt m.b.t. tot het eigen functioneren en deze vertaalt naar concrete ontwikkeltrajecten in een Persoonlijk OntwikkelingsPlan (POP). Hierbij worden verschillende instrumenten gebruikt, waaronder:

- een reflectie- en evaluatielijst gebaseerd op het Competentieprofiel van verslavingsartsen KNMG, zoals vastgelegd in het VVGN Opleidingsplan;
- 360°-feedback van patiënten, collega's en andere medewerkers;
- een reflectieverslag waarin een dilemma uit de eigen praktijk wordt geanalyseerd op het gebied van attitude, autonomie of ethiek.

Het doorlopen van dit evaluatieproces leidt tot een persoonlijke kwaliteitsagenda in de vorm van het POP. Tijdens de visitatie wordt dit POP, samen met de evaluatie van de voortgang ervan, door twee externe collega's (visitatoren) getoetst aan de gestelde criteria.

### **Kort samengevat**

U verzamelt aandachtspunten door middel van zelfreflectie ("**Kijk naar jezelf**"), vult deze aan met punten die vanuit uw werkomgeving naar voren komen (patiënten, collega's, medewerkers) en selecteert hieruit voor uw ontwikkeltrajecten in het POP.

Het kwaliteitsevaluatiemodel van de VVGN wordt sinds januari 2020 toegepast als onderdeel van de herregistratie-eisen van de RGS (KNMG). De Commissie Kwaliteitsevaluatie VVGN volgt het proces van visitaties nauwgezet en past waar nodig procedures of instrumenten aan. Dit is ook vastgelegd in het Reglement Kwaliteitsevaluatie VVGN. In de afgelopen jaren zijn al diverse formulieren samengevoegd, hernoemd of vervallen. De eerste visitatie is een "nulmeting": het POP wordt voor de eerste keer opgesteld, en de visitatoren beoordelen nog niet de kwaliteit van eerdere ontwikkelinspanningen. Zij toetsen uitsluitend of het POP voldoet aan de formele eisen en hebben daarbij een ondersteunende rol.

Bij iedere daaropvolgende visitatie wordt wel beoordeeld in hoeverre de verslavingsarts in de tussenliggende jaren heeft gewerkt aan zijn of haar kwaliteitsdoelstellingen. Het evaluatieproces vormt dan een doorlopende cyclus: reflectie op het eigen functioneren, uitvoering van ontwikkeltrajecten en het , waar nodig, bijstellen of herformuleren van die trajecten in het POP. De bedoeling is dat tussen twee visitaties ten minste twee volledige cycli van evaluatie, reflectie en POP-ontwikkeling hebben plaatsgevonden.

Voor visitatoren moet dit proces inzichtelijk zijn. Daarom spelen de volgende elementen een belangrijke rol:

- regelmatige (minimaal 2x tussen visitaties) evaluaties **“Sta stil bij je POP” (06)**,
- de feedback van groepsleden via **“De KE-groep over je POP” (07)**, of via een schriftelijk verslag van een KE-groepsbijeenkomst waarin deze feedback is besproken,

Deze formulieren staan ter beschikking in het softwarepakket van Paragin Mijn portfolio.

Bij elke volgende visitatie kijken de visitatoren naar het evaluatieproces en de ontwikkeltrajecten, die naar aanleiding daarvan zijn opgesteld. Daarnaast kijken visitatoren naar de bijdrage van de KE-groep aan dit proces, omdat het groepsfunctioneren een wezenlijk onderdeel is van de kwaliteitsevaluatie.

De groepsvisitatie vindt plaats in het jaar voorafgaand aan het herregistratiemoment van het eerste groepslid. Voor de meeste artsen betekent dit dat de visitatie ergens gedurende de vijfjarige cyclus valt. Daarom is het belangrijk dat de KE-groep gedurende de hele periode actief werkt aan reflectie, evaluatie en ontwikkeling. Het advies is om als groep jaarlijks meerdere bijeenkomsten te plannen om de voortgang te bespreken en het proces waar nodig bij te sturen.

Na afronding van het visitatietraject ontvangt de gevisiteerde 25 accreditatiepunten in GAIA.

Deze handleiding geeft een toelichting op het volledige evaluatie- en visitatieproces. Het wordt aanbevolen om hoofdstukken 1 t/m 4 voorafgaand aan de start van het traject zorgvuldig door te nemen. De overige hoofdstukken bieden een verdieping en kunnen tijdens de verschillende fasen van het proces geraadpleegd worden, bijvoorbeeld bij de voorbereiding van de visitatie.

## Leeswijzer

- **Hoofdstuk 1:** beschrijft het stappenplan in vogelvlucht en geeft weer wat er van de verslavingsarts wordt verwacht en in welke volgorde de stappen doorlopen worden. In het **stroomschema** is dit proces schematisch weergegeven.
- **Hoofdstuk 2** geeft een overzicht van de instrumenten die worden gebruikt in het evaluatietraject en tijdens de visitatie. Ook wordt hier uitgebreid ingegaan op het Reflectieverslag.
- **Hoofdstuk 3** biedt handvatten voor de invulling van de KE-groepsbijeenkomsten en beschrijft wat er wordt verwacht van de samenwerking binnen de groep, inclusief veelvoorkomende valkuilen.
- **Hoofdstuk 4** geeft ondersteunende informatie voor het schrijven van de ontwikkeltrajecten in het POP.
- **Hoofdstuk 5** gaat in op de beoordelingscriteria waaraan ontwikkeltrajecten in het POP moeten voldoen.
- **Hoofdstuk 6** beschrijft de werkwijze en het verloop van het formele visitatieproces.

Bij twijfel over voorschriften, eisen en procedures, is het Reglement Kwaliteitsevaluatie VVGN, vastgesteld op de ALV (dd. 25-9-2019), te allen tijde leidend. De meest recente versie is altijd te vinden op de website van de VVGN.

# Inhoudsopgave

Voorwoord .....	2
Samenvatting.....	3
Inleiding.....	5
Leeswijzer .....	7
Inhoudsopgave.....	8
Hoofdstuk 1: Stappenplan evaluatie in één overzicht: wat wanneer, hoeveel? .....	10
1.1 Bronnen voor ontwikkeltrajecten .....	10
1.2 Uitwisseling van concept-POP en feedback in de KE-groep .....	11
1.3 Stappen voor verslavingsartsen die nog geen KE-groep hebben.....	11
1.4 Het Kwaliteitsevaluatieproces .....	12
1.5 Visitatiejaar .....	14
2. Het kwaliteitsevaluatie-instrumentarium .....	17
2.1 Overzicht instrumenten.....	17
2.2 Nadere toelichting op de beschrijving van het reflectieverslag “De Spiegel” (09) .....	18
3. Rol van de KE-groep .....	21
3.1 samen doorloopt u het kwaliteitsevaluatie- en visitatietraject.....	21
3.2 Onderlinge feedback in de KE-groep .....	21
3.3 Aandachtspunten voor de samenwerking.....	22
4. Persoonlijk Ontwikkelplan .....	23
4.1 Inleiding.....	23
4.2 Nadere toelichting op evaluatie van de ontwikkeltrajecten (“Sta stil bij je POP” (06)) .....	23
4.3 Evaluatie via “Sta stil bij je POP” (06) .....	24
4.4 Nadere toelichting op de Ontwikkeltrajecten voor de toekomst (POP) .....	25
5. Beoordeling tijdens de visitatie .....	27
5.1 Beoordeling van “Sta stil bij je POP” (06) .....	27
5.2 Beoordeling van de ontwikkeltrajecten in het POP .....	27
5.3 Beoordeling van het Reflectieverslag “De Spiegel” .....	28
5.4 Termijnen en afronding van de visitatie.....	29
5.5 De Formele visitatiebijeenkomst.....	29
Bijlage 1. Overzicht instrumenten (formulieren) Kwaliteitsevaluatie .....	31
Bijlage 2. Lijst van voorbeelden van “bewijsstukken” .....	32

Bijlage 3. Reflectieverslag .....	35
3.1    Reflecteren is niet hetzelfde als evalueren .....	35
3.2 Handreiking voor Zelfreflectie: Een Praktische Gids voor Verslavingsartsen .....	35
3.2.1 Reflecteren: Een Stap naar Professionele Groei .....	35
3.2.2 Voorbeelden van Zelfreflectie .....	36
3.2.4 Extra uitgewerkte voorbeelden van reflectie .....	37
3.2.5 Voorbeeld van een uitgebreid reflectieverslag.....	39
Bijlage 4 Schematisch overzicht van niveaus van reflectie .....	42
Bijlage 5. Hulpmiddelen voor de beschrijving van ontwikkeltrajecten .....	44
5.1    De vijf W-vragen .....	44
5.2    Plan-Do-Check-Act of Kwaliteitscirkel van Deming.....	44
5.3    SMART.....	45
Bijlage 6. Enkele voorbeelden van ontwikkeltrajecten.....	47
Voorbeeld A Op basis van SMART-methodiek.....	47
Voorbeeld B Op basis van de PDCA-cyclus .....	48
Voorbeeld Op Basis van 5 W-vragen .....	48
Bijlage 7. Voorbeeldprogramma Visitatie .....	50
Bijlage 8. Toelichting feedbackvragenlijsten derden (patiënten, medewerkers/collega's) .....	51
8.1    Instructie feedbackvragenlijst patiënten .....	51
8.2    Instructie feedbackvragenlijsten medewerkers/collega's .....	51

# Hoofdstuk 1: Stappenplan evaluatie in één overzicht: wat wanneer, hoeveel?

Het kwaliteitsevaluatietraject is een doorlopend proces, waarin de verslavingsarts jaarlijks aandacht besteedt aan zelfevaluatie en -reflectie, het ontvangen en verwerken van feedback uit de werkomgeving, en het ontwikkelen en bijhouden van het Persoonlijk OntwikkelingsPlan POP). Door dit proces te ondersteunen met een aantal bijeenkomsten van de KE-groep per jaar, blijft de professionele ontwikkeling van ieder groepslid continu onder de aandacht.

Het centrale uitgangspunt van de Kwaliteitsevaluatie is dat de KE-groep als geheel medeverantwoordelijk is voor het op peil houden van de professionele kwaliteit van haar groepsleden, de verslavingsartsen KNMG. Een arts houdt zijn/haar kwaliteit op niveau door te blijven leren, dit wordt zichtbaar in het POP, dat gebaseerd is op aandachtspunten uit zelfreflectie en feedback van patiënten, collega's, en andere medewerkers. De KE-groep ondersteunt elkaar door deze kritisch te bevragen, mee te denken en ontwikkeling te volgen.

De bespreking van de ontwikkeltrajecten en het Reflectieverslag levert ieder groepslid nieuwe inzichten, ideeën en handvatten op om de eigen POP verder te verbeteren. De visitatoren komen eens per vijf jaar kijken hoe dit proces verloopt, zowel op individueel niveau als binnen de KE-groep.

## 1.1 Bronnen voor ontwikkeltrajecten

Om te komen tot goed geformuleerde ontwikkeltrajecten doorloopt de verslavingsarts verschillende stappen:

### **Zelfevaluatie**

De verslavingsarts reflecteert op het eigen functioneren aan de hand van de zeven competenties uit het Opleidingsplan VVGN. Daarbij gaat hij/zij bij zichzelf na hoe het staat met de verschillende aspecten van het professioneel functioneren:

- in welke mate de stellingen van toepassing zijn, en
- hoe belangrijk de verslavingsarts elk aspect vindt.

Door het invullen van de vragenlijst **“Kijk naar jezelf” (02)** ontstaat zo een overzicht van mogelijke aandachtspunten voor verdere ontwikkeling.

### **Feedback van patiënten**

De arts vult de aandachtspunten 1 x per 5 jaar, aan met informatie uit de vragenlijst **Feedback Patiënten (03)**.

### **Feedback van collega's en medewerkers**

Daarnaast verzamelt de arts minimaal één keer per vijf jaar feedback van collega's: (andere verslavingsartsen, medewerkers (psychiaters, psychologen, verpleegkundige, receptioniste etc.) via **Vragenlijst collega's (04)**.

## Todo-lijst

Alle feedback en aandachtspunten worden verzameld in de **“Todo” (05)**, die dient als basis voor onderwerpen voor nieuwe ontwikkeltrajecten.

Naast de zelfevaluatie, patiënten feedback en collega-/medewerkers feedback zijn er nog twee aanvullende bronnen die gebruikt kunnen worden bij het bepalen van ontwikkelpunten:

### Het reflectieverslag **“De Spiegel”**

Het reflectieverslag kan nieuwe inzichten opleveren over houding, autonomie, ethiek of andere aspecten van het professioneel functioneren. De conclusies hieruit kunnen direct worden opgenomen in de **“Todo” (05)** als mogelijke ontwikkelpunten.

### Persoonlijke interessegebieden of ambities

Een ontwikkeltraject kan ook voortkomen uit een specifieke persoonlijke belangstelling of een onderwerp waarin de verslavingsarts zich verder wil verdiepen of specialiseren.

Meestal is dus er een duidelijke relatie zichtbaar tussen enerzijds de aandachtspunten uit zelfreflectie, 360° feedback en anderzijds de gekozen ontwikkeltrajecten in het POP.

## 1.2 Uitwisseling van concept-POP en feedback in de KE-groep

Wanneer de verslavingsarts de ontwikkeltrajecten (leerdoelen) heeft gekozen en zo concreet mogelijk heeft geformuleerd, stuurt hij/zij een Pdf van de POP én de **“Todo” (05)** op naar twee groepsgenoten. Deze groepsgenoten geven vervolgens inhoudelijke feedback.

Deze feedback kan op twee manieren worden gegeven:

1. Schriftelijk via het formulier **“De KE-groep over je POP” (07)**,
2. Mondeling tijdens een KE-groepsbijeenkomst: in dat geval moet **altijd een verslag** gemaakt worden dat ieder groepslid opslaat in MijnPortfolio.

Met behulp van de ontvangen feedback past de verslavingsarts de ontwikkeltrajecten in het POP zo nodig verder aan.

Het stappenplan hieronder geeft een overzicht van deze processen en de daarbij horende activiteiten.

## 1.3 Stappen voor verslavingsartsen die nog geen KE-groep hebben

Voor de verslavingsartsen KNMG, die nog geen groep gevormd hebben, zijn de volgende stappen van toepassing:

- Vorm een groep van minimaal 4 en maximaal 5 beroepsgenoten (KE-groep).
- Kies een contactpersoon, die deze groep als KE-groep aanmeldt bij het VVGN-secretariaat via het daarvoor bestemde formulier op de website.
- Na aanmelding ontvangt ieder groepslid per e-mail de inlogcodes voor Mijnportfolio en vult men de persoonlijke gegevens aan via *Profiel wijzigen* onder *Mijn gegevens*.
- Ga naar *Vragenlijsten* en vul achtereenvolgens in:
  1. Algemene Vragenlijst in onder *Actualisatie* gegevens
  2. Registratie Verslavingsarts KNMG

3. Checklist onder het tabblad *Aanmelden*.

- Tijdens de aanmelding wordt gevraagd akkoord te gaan met:
  - het Reglement Kwaliteitsevaluatie VVGN,
  - Inzage van het KE-dossier door visitatoren,
  - De Algemene Betalingsvoorwaarden.

Bij een correcte aanmelding ontvangt u een bevestiging van aanmelding met bijbehorende factuur. Na betaling krijgt u toegang tot de voor het volgende deel van het proces benodigde formulieren. Facturering zal jaarlijks plaats vinden. Bij uitblijven van betaling is het dossier tijdelijk niet toegankelijk.

- Maak met de groep afspraken over:
  - De frequentie van bijeenkomsten,
  - de manier waarop onderlinge feedback wordt gegeven,
  - en hoe de verslaglegging wordt vormgegeven.

## 1.4 Het Kwaliteitsevaluatieproces

De verslavingsarts bepaalt zelf wanneer de cyclus start. Het proces verloopt als volgt:

### **Stap 1 — Verzamelen van externe feedback (03 en 04)**

- 10 patiënten feedbackformulieren
  - 6 collega-/medewerkers feedbackformulieren (3 collega verslavingsartsen, 3 andere medewerkers)
- Dit gebeurt minimaal één keer per vijf jaar.

### **Stap 2 — Invullen van de zelfevaluatie “Kijk naar jezelf” (02)**

- Jaarlijks beschikbaar
- Minimaal 2 keer per vijf jaar verplicht

### **Stap 3 — Samenvatten van aandachtspunten in de “Todo” (05)**

De verschillende vormen van feedback (extern en individueel) worden samengevat tot een overzicht van aandachtspunten waar u een keuze uit kunt maken om daar de komende periode mee aan de slag kunt gaan. De gekozen aandachtspunten kunt u om zetten in ontwikkeltrajecten als onderdeel van uw POP.

### **Stap 4 — Eerste versie van het POP (jaar 1)**

Het kost tijd om de basis informatie te verzamelen. Het eerste jaar kan worden gebruikt om alle feedback en reflecties te verzamelen.

Daarna:

- wordt het concept-POP samen met de **Todo-lijst (05)** naar twee groepsgenoten gestuurd,
- ontvangen zij feedback via formulier 07 of tijdens de KE-groepsbespreking. Van deze bespreking wordt een verslag gemaakt, dat wordt opgeslagen onder *MijnPortfolio*, *Overige informatie*.

Het doel van de bespreking is om elkaar te ondersteunen bij het zo concreet mogelijk formuleren van de ontwikkeltrajecten, waardoor ze uitvoerbaar en haalbaar worden en dus de verdere ontwikkeling van de verslavingsarts stimuleren.

#### **Stap 5 — Uitvoeren van het POP**

Als er een definitieve POP is vastgesteld, kan in het tweede jaar een begin gemaakt worden gemaakt met de uitvoering van de ontwikkeltrajecten.

#### **Stap 6 — Eerste evaluatie “Sta stil bij je POP” (06)**

In het begin van het derde jaar kan dan de eerste evaluatie van de POP plaats vinden (“**Sta stil bij je POP**”). De arts:

- kijkt terug op de voortgang van de ontwikkeltrajecten,
- vult indien gewenst opnieuw “**Kijk naar jezelf**” in,
- Voor de bespreking in de KE-groep wordt een PDF van de POP, van “Sta stil bij je POP” en van de (evt.) aangevulde “**Todo**” (05) lijst naar de groep gestuurd met het verzoek om feedback.
- Ontvangt feedback via “**De KE-groep over je POP**” (07) of door mondelinge bespreking in de KE-groep (met verslag).

#### **Stap 7 - Aanpassen of aanvullen van ontwikkeltrajecten**

Op basis van:

- uw eigen evaluatie,
- feedback van de KE-groep,
- en eventuele nieuwe aandachtspunten, kunt u ontwikkeltrajecten aanpassen, afronden of aanvullen.

Wanneer een ontwikkeltraject is voltooid, selecteert u op basis van de “**Todo**” (05) lijst een nieuw punt om een nieuw ontwikkeltraject te formuleren.

Het is raadzaam om bewijsstukken zoals presentaties, certificaten, literatuur, verslagen of andere producten **op te slaan in MijnPortfolio**, omdat deze tijdens KE-groepsgesprekken en tijdens de visitatie kunnen worden gebruikt als onderbouwing.

#### **Doorlopend proces**

Het kwaliteitsevaluatieproces is een continu proces met regelmatige momenten van evaluatie van het eigen functioneren, evaluatie van de voortgang van de ontwikkeltrajecten en bijbehorende plan van aanpak, bespreking hiervan in de KE-groep en zo nodig aanpassing van de POP. Door de regelmatige aandacht voor de POP en de bespreking in de KE-groep wordt het leerproces van de verslavingsarts voortdurend ondersteund.

MijnPortfolio ondersteunt dit door jaarlijks alle benodigde formulieren beschikbaar te stellen.

De verslavingsarts bepaalt zelf het tempo, binnen de kaders van het visitatieschema, maar wordt hierbij structureel ondersteund door de KE-groep.

## 1.5 Visitatiejaar

### Aanvang en planning

- Afhankelijk van de laatste visitatie van uw KE-groep heeft u mogelijk al voldaan aan de herregistratie-eis deelname aan de Kwaliteitsevaluatie, of bent u degene die zich als eerstvolgende moet herregistreren. U kunt als KE-groep een visitatie aanvragen onafhankelijk van de herregistratiedatum van een van de groepsleden.
- Bespreek dit in de KE-groep en laat de contactpersoon de visitatie aanvragen via **“Aanmeldingsformulier visitatie” (11)** in Mijnportfolio → Vragenlijsten → tabblad Visitatie.
- Na de aanvraag ontvangt u een aparte factuur voor de visitatie; betaling is vereist om de visitatie te laten plaatsvinden.
- Controleer tijdig in MijnPortfolio of het VVGN-secretariaat de visitatiedatum en de ingedeelde visitatoren heeft bevestigd via **“Visitatiedatum” (12)** onder tabblad visitatie.

### Voorbereiding door de gevisiteerde

- Controleer of u volledig klaar bent voor de visitatie en rond openstaande onderdelen af. Dit geldt ook voor het Reflectieverslag **“De Spiegel” (09)**.
- Uw volledige verslaglegging (alle gebruikte formulieren en relevante stukken) moet **uiterlijk 6 weken vóór de visitatiedatum** in MijnPortfolio staan.
- Vervolgens kan met het **“Aanbiedings-/beoordelingsformulier” (13)** het formele visitatieproces worden opgestart.

### Verplichte stukken in het dossier (minimaal 6 weken vooraf)

(Zie ook artikel 2.02 instrumenten uit het Reglement)

- Vragenlijst **“Kijk naar jezelf” (02)**
- **Feedbackformulieren patiënten (03)** – minimaal 10
- **Feedbackformulieren collega’s/medewerkers (04)** – minimaal 6
- Vragenlijst **“Sta stil bij je POP” (06)**
- Vragenlijst **“Todo” (05)**
- De ontwikkeltrajecten in de POP-module van Mijnportfolio
- Vragenlijst **“De KE-groep over je POP” (07)** of verslagen van de KE-groepsbijeenkomsten waarin de feedback is vastgelegd
- Reflectie verslag **“De Spiegel” (09)**
- **Aanbiedingsformulier Visitatie (11)**

### Visitatiedag : uitvoering van de formele visitatie

- Ontvang de twee visitatoren op de vastgestelde datum.
- **Faciliteiten:** zorg dat er een Tv-scherm en een stabiele wiferverbinding voor de visitatoren.
- **Programma en werkwijze:** Zie hoofdstuk 6 en bijlage 7 voor meer informatie over de formele visitatiebijeenkomst.
- **Mondelinge feedback:** tijdens de visitatie krijgt u mondelinge terugkoppeling; de visitatoren sturen deze zo spoedig mogelijk, maar **uiterlijk binnen 1 maand** na de visitatie, ook schriftelijk toe via **Feedback- en beoordelingsformulier visitatoren (14)**.

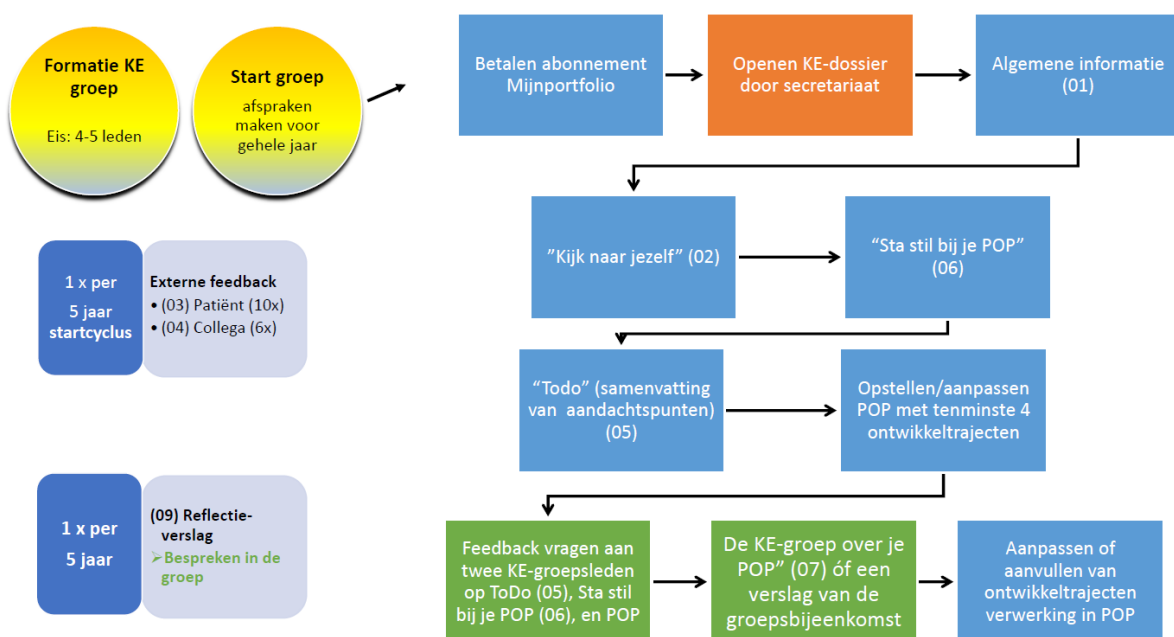
## Na de visitatie – terugkoppeling en afronding

- **Aanpassen POP:** indien van toepassing past u binnen **6 weken** na ontvangst van het schriftelijk commentaar uw POP (en/of **“Sta stil bij je POP” (06)**) aan.
- **Eindoordeel:** de visitatoren hebben vervolgens **2 weken** te tijd om een eindoordeel te geven over het POP.  
**Definitieve afronding:** binnen **3 maanden** na de visitatiedag moet het POP zijn afgerond. De visitatoren leggen het eindoordeel vast via het door het **“Aanbiedingsbeoordelingsformulier” (13)**; het VVGN secretariaat ontvangt daarna automatisch een bericht van afronding.
- **Evaluatie door gevisiteerde:** vul tot slot de **“Evaluatievragenlijst Visitatie” (15)** in.
- **Accreditatie:** hierna worden de accreditatiepunten voor het Kwaliteitsevaluatie- en visitatietraject automatisch bijgeschreven in GAIA.
- **Timing t.o.v. herregistratie:** rond de visitatie idealiter **minimaal 2,5 maand** vóór uw RGS-herregistratiedatum af, zodat de herregistratieprocedure tijdig kan worden doorlopen.

## Na de visitatie – vervolg van de cyclus

Na de visitatie loopt het Kwaliteitsevaluatieproces door. Tot de volgende visitatie doorloopt u **twee volledige cycli**, waaronder in elk geval:

- het **verzamen van aandachtspunten** (op basis van zelfevaluatie, feedback en reflectie),
- het **evalueren** van de POP-ontwikkeltrajecten (**“Sta stil bij je POP” (06)**),
- het **bespreken van de resultaten** in de **KE-groep** (met vastlegging via *formulier 07* of een *groepsverslag*),
- **minstens één 360°-feedbackronde** (03 en 04) in de vijfjaarsperiode,
- en het schrijven van een nieuw **Reflectieverslag “De Spiegel” (09)**.



In het bovenstaande overzicht vindt de visitatie plaats in het vijfde jaar. In de praktijk is dit echter afhankelijk van de herregistratiedatum van de afzonderlijke verslavingsartsen. De arts binnen de KE-groep die zich als eerste in de vijfjaarlijkse cyclus moet herregistreren, bepaalt in welk jaar de visitatie wordt ingepland. De visitatie moet immers eens per vijf jaar plaatsvinden.

Omdat het kwaliteitsevaluatiemodel in januari 2020 van start is gegaan en niet iedere verslavingsarts dezelfde herregistratiedatum heeft, kan de visitatie voor de ene arts in het eerste jaar vallen, terwijl een ander groepslid pas in het tweede, derde, vierde of vijfde jaar van de cyclus wordt gevisiteerd.

De visitatie is daarmee geen afsluiting van een vijfjarige periode, maar moet worden gezien als een moment van externe toetsing binnen een doorlopend proces van evaluatie en professionele ontwikkeling. De kern is dat u voortdurend blijft werken aan uw individuele functioneren, de visitatie kijkt mee in dit continue proces.

## 2. Het kwaliteitsevaluatie-instrumentarium

De volgende instrumenten en/vragenlijsten zijn ontwikkeld om u te ondersteunen bij het verzamelen van leerdoelen en aandachtspunten, zodat u uw professioneel functioneren gericht kunt verbeteren en zicht krijgt in de competenties die u verder wilt ontwikkelen.

### 2.1 Overzicht instrumenten

- **Vragenlijst “Kijk naar jezelf” (02)**

Deze vragenlijst bevat een groot aantal aspecten van het professioneel functioneren. De items zijn gebaseerd op de CanMEDS-competenties zoals opgenomen in het opleidingsplan Verslavingsgeneeskunde. U geeft bij iedere stelling aan:

- hoe u zelf vindt dat u de betreffende competentie beheerst;
- hoe belangrijk u die competentie vindt.

Op basis hiervan ontstaat er een prioriteitsscore-overzicht, waarmee zichtbaar wordt op welke competentie meer aandacht zou kunnen richten in uw verdere ontwikkeling.

- **Feedbackvragenlijsten (03,04)**

Dit zijn vragenlijsten waarmee u om feedback vraagt in uw professionele werkomgeving en van de patiënten, die u behandelt. Ook dit levert aandachtspunten op over uw kwaliteiten en over uw ontwikkelmogelijkheden. Het betreft dus 360° feedback in de vorm van 2 vragenlijsten:

- **Feedback patiënten (03)**, minimaal 10 ingevulde vragenlijsten .
- **Feedback collega's/medewerkers (04)**. Minimaal 6 ingevulde vragenlijsten vereist: 3 collega verslavingsartsen, 3 andere medewerkers.

Deze 360° feedbackinventarisatie wordt **minimaal eenmaal per vijf jaar** uitgevoerd, 1 x per 5 jaar opgemaakt, maar het staat u vrij dit vaker te doen, bijvoorbeeld na een functiewijziging of teamwisseling.

Zie ook Bijlage 8. Toelichting feedbackvragenlijsten derden (patiënten, medewerkers/collega's) voor aanvullende toelichting.

- **Formulier “Todo” (05)**

Op dit formulier verzamelt u alle aandachtspunten die naar voren komen uit:

- “Kijk naar jezelf” (02),
- “Sta stil bij je POP” (06),
- patiënten feedback (03),
- collega- en medewerkersfeedback (04),
- het Reflectieverslag “De Spiegel” (09),
- en de “feedback uit de KE-groep” (07) of verslag groepsbijeenkomst.

Deze lijst vormt het overzicht van aandachtspunten waaruit u uw ontwikkeldoelen voor het POP selecteert.

- **Reflectieverlag “De Spiegel” (09)**

In het huidige evaluatiemodel (de Kwaliteitsevaluatie VVGN 2026-04) speelt reflectie een belangrijke rol. Waar vragenlijst **“Sta stil bij jezelf” (02)** een breed beeld geeft van uw functioneren, vraagt het reflectieverlag om een diepgaande uitwerking van één specifieke casus of situatie uit uw praktijk. Reflecteren is niets anders dan leren van eigen ervaringen. In situatie/casusbeschrijving kijkt u terug op uw eigen functioneren in een bepaalde betekenisvolle situatie met als doel om hiervan te leren voor toekomstige situaties. In paragraaf 2.2 Nadere toelichting op de beschrijving van het reflectieverlag “De Spiegel” (09) wordt hierop een nadere toelichting gegeven.

- **“Sta stil bij je POP” (06)**

Zoals de naam van dit formulier al zegt is dit de plaats waar u noteert hoe de stand van zaken is van de ontwikkeltrajecten. U heeft doelen geformuleerd met acties en een tijdspad. Het is de bedoeling om minimaal **tweemaal tussen twee visitaties** in dit formulier in te vullen. In dit formulier beschrijft u:

- de voortgang van uw ontwikkeltrajecten,
- welke stappen u heeft gezet,
- welke doelen al dan niet zijn behaald,
- welke inzichten zijn ontstaan,
- en of (en waarom) het tijdspad anders is verlopen dan gepland.

De resultaten worden besproken in de KE-groep en kunnen aanleiding zijn tot het aanpassen van ontwikkeltrajecten.

- **“KE-groep over je POP” (07)**

Door middel van dit formulier geven 2 groepsleden feedback op de 2 onderdelen van uw ontwikkelingsproces:

1. **Op de terugblik:** wat u met de POP gedaan heeft (**“Sta stil bij je POP”**)
2. **Op uw nieuwe POP:** de nieuwe ontwikkeltrajecten zoals geformuleerd in de POP-module

Dit document maakt de onderlinge feedback en collegiale toetsing zichtbaar voor de visitatoren.

- **Het Persoonlijk OntwikkelingsPlan (POP-module in Mijn portfolio)**

De zelfevaluatie (02) en de 360°- feedback (03 en 04), die u ontvangt van derden, vormen de basis voor het kiezen en formuleren van uw ontwikkeldoelen voor de komende jaren. Deze ontwikkeltrajecten worden in de POP-module ingevoerd. Tijdens de visitatie wordt het POP getoetst aan de criteria uit Hoofdstuk 5. Beoordeling tijdens de visitatie.

## 2.2 Nadere toelichting op de beschrijving van het reflectieverlag “De Spiegel” (09)

### **Reflecteren: een Stap naar Professionele Groei**

Reflecteren is de start van een persoonlijk leerproces dat begint bij uzelf en draait om

bewustzijn. Het is niet hetzelfde als evalueren. Bij reflectie kijkt u verder dan de resultaten en onderzoekt u uw eigen gedrag, overtuigen en drijfveren. Dit helpt u niet alleen om uzelf te verbeteren, maar versterkt ook de zorg, die u biedt aan u patiënten.

Voor verslavingsartsen is reflectie van groot belang, omdat het werk vaak intense en complexe situaties met zich mee brengt. Of u nu werkt op een klinische detoxafdeling of in een poliklinische setting, reflecteren helpt u om te gaan met professionele uitdagingen en draagt bij aan uw persoonlijke en professionele ontwikkeling.

### **Waarom Reflecteren?**

Reflectie biedt inzicht in:

- Uw sterke en zwakke punten,
- Uw drijfveren en overtuigingen,
- Uw professionele identiteit en ontwikkeling.

Een betekenisvolle situatie om op te reflecteren herkent u vaak aan een onprettig of uitdagend gevoel dat bij u oproepen wordt. Dit gevoel biedt een kans om te leren. Vraag uzelf af: *Waarom raakte deze situatie mij? Wat zegt dit over mijn aanpak of mijn overtuigingen?*

### **Hoe Reflecteert u?**

Bij een reflectieverslag doorloopt u de volgende stappen:

1. **Omschrijf de situatie:** Geef een korte en concrete beschrijving van de gebeurtenis/casus.
2. **Beschrijf expliciet wat het knelpunt /dilemma is**
3. **Onderzoek uw gedrag:** Wat deed u? wat ging goed en wat kon beter?
4. **Stel vragen over uw vaardigheden:** welke vaardigheden heeft u gebruikt en welke misten wellicht?
5. **Achterhaal uw motivatie:** Wat waren uw drijfveren en overtuigingen tijdens de situatie/ in de casus?
6. **Sta stil bij uw identiteit:** hoe past deze situatie bij wie u bent als arts en als mens?
7. **Onderzoek uw dieperliggende drijfveren:** Wat egt deze situatie over uw waarden en ambities?
8. Na deze vragen beantwoord te hebben gaat u bij zichzelf na, waar voor u aandachtspunten voor verandering zitten en voegt deze toe aan **"Todo" (05)** als mogelijke keuze om een nieuw ontwikkeltraject voor te formuleren.

**Voorbeelden casuïstiek zie Bijlage 3. Reflectieverslag**

### **Lengte van Reflectieverslag**

Als indicatie voor de lengte van de situatie/casusbeschrijving wordt een maximum van 4 pagina's geadviseerd waarbij aandacht voor het goed scheiden van hoofd- en bijzaken.

### **Aandachtspunten bij gesprek met visitatoren**

Aandachtspunten bij de analyse, de beschrijving en (evt.) de bespreking met de visitatoren:

- Het vermogen tot mono- en multidisciplinair samenwerken,
- Het vermogen om eigen grenzen te herkennen en te respecteren,

- Het vermogen om als medicus een onafhankelijke en autonome koers te volgen, ook als strijdige belangen een rol spelen,
- Het vermogen morele dilemma's op ethisch verantwoorde wijze te hanteren.

De visitator kán tijdens de visitatie een reactie geven op dit reflectieverslag. Niet in termen van goed of fout handelen, maar met eventuele aanvullingen en aandachtspunten als vorm van feedback. De visitator zal geen inhoudelijk oordeel uitspreken, maar concludeert of u voldaan heeft aan het adequaat uitwerken van dit onderdeel. Zie ook Bijlage 4 Schematisch overzicht van niveaus van reflectie, waarin verschillende niveaus van reflectie zijn beschreven; deze kunnen helpen bij het bespreken van uw verslag in de KE-groep.

### 3. Rol van de KE-groep

Het groepsproces binnen de KE-groep is van groot belang voor het doelmatig functioneren van de groep voor de ontwikkeling van ieders competenties.

#### 3.1 samen doorloopt u het kwaliteitsevaluatie- en visitatietraject

U doorloopt het gehele traject samen met een groep van vier of vijf collega-verslavingsartsen. De regelmatige aandacht voor de evaluatie van het individueel functioneren, plus de voorbereiding van de visitatie, vraagt om meerdere bijeenkomsten per jaar.

Tijdens deze bijeenkomsten:

- analyseren groepsleden elkaars resultaten van zelfevaluatie en feedback,
- bespreken zij het Reflectieverslag “De Spiegel”,
- en ondersteunen zij elkaar bij het opstellen, aanscherpen en evalueren van het POP.

Iedere arts werkt daarnaast individueel aan de eigen ontwikkeltrajecten en houdt zijn/haar portfolio bij. Tijdens de KE-groepsbijeenkomsten kunt u uw voortgang bespreken met de groep, bij voorkeur op de momenten waarop u “**Sta stil bij je POP**” (06) heeft ingevuld en de ontwikkeltrajecten in uw POP opnieuw kritisch heeft beoordeeld.

Dit evaluatiemoment dient **minimaal tweemaal** plaats te vinden tussen twee opeenvolgende visitaties.

De visitatie kan door de KE-groep ook worden aangevraagd als er geen directe aanleiding voor herregistratie van een van de leden is. Meestal wordt aan het begin van het jaar waarin een van de groepsleden zich moet herregistreren, wordt de visitatie aangevraagd door de contactpersoon. Toegang tot het visitatieproces staat voor elke deelnemer altijd open. De vastgestelde visitatiedatum vormt voor alle groepsleden een gezamenlijke deadline: vóór dat moment moet de tweede volledige evaluatiecyclus zijn afgerond.

Het aantal benodigde bijeenkomsten is variabel; maar doorgaans zijn vier tot vijf bijeenkomsten per jaar voldoende om het gehele proces zorgvuldig te doorlopen.

#### 3.2 Onderlinge feedback in de KE-groep

Binnen het evaluatietraject geven groepsleden elkaar op meerdere momenten feedback. Deze collegiale toetsing vormt een cruciaal onderdeel van het proces. De belangrijkste feedbackmomenten zijn:

1. **Op de evaluatie van de ontwikkeltrajecten:**  
U geeft elkaar feedback op “**Sta stil bij je POP**” (06) én op eventuele bijstellingen in de ontwikkeltrajecten.
2. **Op het Reflectieverslag “De Spiegel” (09):**  
Na uitwisseling wordt het verslag inhoudelijk besproken in de KE-groep, zodat verschillende perspectieven zichtbaar worden.

Kijk positief kritisch naar de documenten van uw collega’s. Verplaatst u zich in de rol van de visitor en bekijk met deze blik de documenten van uw collega’s.

- Bij de vervolg visitatie: is uw collega erin geslaagd om in “**Sta stil bij je POP**” (06) helder te verwoorden welke activiteiten zijn ondernomen om de verbeterpunten en -trajecten te realiseren? Is duidelijk wat dit alles aan inzichten heeft opgeleverd?

- Staan alle elementen van de ontwikkeltrajecten helder op papier, Is duidelijk wat de collega wil bereiken, waarom dit belangrijk is voor hem/haar en op welke wijze wordt gecheckt of het doel ook bereikt is?

Noteer deze feedback voor uw collega in **“De KE-groep over je POP” (07)** of in het verslag van de bijeenkomst van de KE-groep. Zorg dat tijdens de bijeenkomst ruimte wordt gemaakt om de feedback te bespreken, zodat verduidelijking kan worden gevraagd of aangevuld.

Ieder groepslid geeft feedback op de ontwikkeltrajecten van de POP en **“Sta stil bij je POP” (06)** van twee groepsleden. Het reflectieverslag kan met alle groepsleden worden gedeeld, zodat een goede inhoudelijke bespreking mogelijk is. **Op deze manier wordt de onderlinge communicatie ook zichtbaar voor de visitatoren.**

### 3.3 Aandachtspunten voor de samenwerking

Hoewel collegiale ondersteuning van groot belang is, kunnen groepsprocessen soms ook belemmerend werken. De volgende aanwijzingen zijn wellicht nuttig om de groep optimaal te benutten:

#### **Help elkaar door niet te behulpzaam te zijn.**

Binnen groepen kan soms de neiging ontstaan om samen een weg te zoeken waarmee de visitatoren ‘tevreden gesteld’ worden, een soort “wij tegen zij”, houding Dat kan onder andere door met elkaar slimme, maar enigszins ontwijkende formuleringen te bedenken. Bedenk dat het zo concreet en scherp mogelijk formuleren van de ontwikkeltrajecten in het POP vooral behulpzaam is voor de betrokkene zelf, niet voor de visitator. Beter is elkaar te helpen door juist heel kritisch te zijn, kritischer nog dan een visitator waarschijnlijk zal zijn.

#### **Ga niet voor consensus, beslis zélf over je ontwikkeltrajecten**

Het is bekend dat groepen spanningen liever uit de weg gaan en neigen naar consensus. Je probeert het allemaal eens te zijn met de formulering van het POP van een ander groepslid. In Nederland-polderland vergeten we weleens dat je soms helemaal alleen voor jezelf moet kiezen. Dat is bij het vaststellen van individuele ontwikkeldoelen beslist het geval, want niemand lijdt er onder als je een ontwikkeldoel kiest dat ingaat tegen de adviezen van (een deel) van de groepsleden. Dus: laat u uitgebreid bevragen en adviseren, maar kies uiteindelijk zélf en wees niet te benauwd om af te wijken van wat de groep vindt. Het is uw POP, u gaat er mee verder.

#### **Hoedt u voor al te snelle probleemoplossing**

Stel dat iemand in zijn/haar werkpraktijk kritische opmerkingen heeft gekregen op zijn/haar professioneel functioneren. De betrokkene meldt dit in de KE-groep, omdat hij/zij deze kwestie op wil nemen in het POP. Wat er dan vaak gebeurt is het volgende:

- Men gaat het probleem uit het hoofd van betrokkenen praten: “welnee, zo ben jij helemaal niet, dat was een uitzonderlijke situatie”.
- Iemand wordt overladen met even snelle als goedbedoelde oplossingen, waar betrokkene niets aan heeft. Deze ongevraagde reddingspogingen helpen vaak niet, want ze zijn al eerder uitgeprobeerd en verworpen.

De houding die beter past is die van “probleemverhelderaar”: geeft geen snelle oordelen of oplossingen, maar vraag dóór, waardoor betrokkene scherp krijgt waar de schoen wringt.

## 4. Persoonlijk Ontwikkelplan

### 4.1 Inleiding

Tijdens de eerste visitatieronde gaat het nog om een “nulmeting”: u maakt uw eerste POP en de visitatoren kunnen nog niet ingaan op de persoonlijke kwaliteitsinspanningen in de voorgaande jaren.

In de periode van 5 jaar wordt er minimaal 1 visitatie gedaan; iedere visitatie daarna noemen we een vervolgisitatie. In deze vervolgisitatie staan twee elementen centraal:

- A. Een **terugblik** op het proces van professionele ontwikkeling in de periode sinds de vorige visitatie, aan de hand van de ontwikkeltrajecten die eerder in het POP zijn geformuleerd;
- B. Een **voorblik** naar de gewenste ontwikkeldoelen in de komende periode. Hierbij spelen een regelmatige zelfreflectie (“**Kijk naar jezelf**” (02), minimaal tweemaal per vijf jaar) en de 360° feedback (minimaal eenmaal per vijf jaar) een belangrijk rol bij het actualiseren van uw POP.

### 4.2 Nadere toelichting op evaluatie van de ontwikkeltrajecten (“Sta stil bij je POP” (06))

In de vervolgisitatie staat dus het proces van professionele ontwikkeling centraal. Dit gebeurt door middel van een terugblik op de uitvoering van uw ontwikkeltrajecten en de resultaten daarvan.

#### **Tussentijds bijhouden van uw vorderingen in een evaluatieportfolio**

Het uitgangspunt is altijd uw **POP van de vorige visitatie**. U werkt gedurende de vijfjarige periode actief aan de daarin opgenomen ontwikkeltrajecten. Minimaal tweemaal evalueert u deze trajecten via “**Sta stil bij je POP**” (06).

Wij adviseren u om vanaf het begin een evaluatieportfolio bij te houden, waarin u op om de gestructureerde wijze bewijsstukken van uw ontwikkeling verzamelt. manier te verzamelen.

Dit kunnen onder andere zijn:

- ontwikkelde werkproducten,
- reflecties op leerervaringen,
- evaluaties van patiënten,
- feedbackverslagen van collega’s of leidinggevenden,
- video-opnames,
- certificaten,
- presentaties of notities van scholingen.

U kunt deze documenten uploaden bij de betreffende ontwikkeltrajecten in de POP-module van MijnPortfolio.

Door deze resultaten tijdig bij te houden, heeft u vlak voor de visitatie geen extra werk en kunt u in één oogopslag zien welke ontwikkeling u heeft doorgemaakt op diverse competentiegebieden.

Indien een bepaald ontwikkeltraject onvoldoende is uitgevoerd, noteert u dit met een korte toelichting.

Het kan ook voorkomen dat u een ontwikkeltraject bij nader inzien niet langer zinvol vindt; in dat geval beschrijft u dit inzicht en kiest u een vervangend traject uit de **“Todo” (05)**, of u voegt een onderwerp toe dat aansluit bij een nieuwe interesse of ambitie.

### 4.3 Evaluatie via **“Sta stil bij je POP” (06)**

In de jaren tussen twee visitaties vult u minimaal tweemaal dit formulier in, inclusief in het visitatiejaar zelf.

- Per ontwikkeltraject beschrijft u: Welke activiteiten of inspanningen u heeft uitgevoerd om het traject te realiseren (of tenminste mee te starten):
- Wat dit alles u heeft opgeleverd:
  - wat heeft u geleerd,
  - wat bent u beter/anders gaan doen,
  - welke inzichten heeft het u opgeleverd?

Dit vormt een samenvatting van uw inspanningen en ontwikkeling gedurende de gehele periode. Tijdens de visitatie worden deze terugblikken besproken en vormen zij een belangrijk element in de beoordeling.

#### **Bewaren van versies**

Wij adviseren u om van belangrijke momenten een PDF-versie te bewaren van:

- uw POP,
- en **“Sta stil bij je POP”**,

omdat deze documenten gedurende de jaren worden aangepast. Door eerdere versies te bewaren heeft u inzicht in hoe uw ontwikkeltrajecten zich gaandeweg hebben ontwikkeld.

#### **Vastleggen van feedback uit de KE-groep**

De feedback uit de KE-groep wordt vastgelegd via:

- **“De KE-groep over je POP” (07)**,
- óf in verslagen van KE-groepsbijeenkomsten.

Visitatoren moeten kunnen zien welke feedback u heeft ontvangen en wat u hiermee heeft gedaan.

#### **Welke achterliggende documenten kunnen worden verzameld?**

Alle documenten waarmee u uw professionele ontwikkeling onderbouwt, kunnen dienen als bewijs bij de visitatie. Denk aan:

- certificaten,
- producten die u heeft ontwikkeld,
- reflectiefragmenten,
- evaluaties,
- samenvattingen van literatuur of scholing,
- resultaten van patiëntbesprekingen,
- of andere relevante materialen.

Een indicatieve lijst vindt u in Bijlage 2. Lijst van voorbeelden van “bewijsstukken”.

Als u in uw ontwikkeltraject-evaluatie verwijst naar documenten moeten deze **tijdens de visitatie inzichtelijk** kunnen worden gemaakt.

#### 4.4 Nadere toelichting op de Ontwikkeltrajecten voor de toekomst (POP)

In zowel de eerste als de vervolgisitatie beoordelen de visitatoren of u duidelijk geformuleerde vooruitblik heeft opgesteld voor uw professionele ontwikkeling in de komende vijf jaar. We adviseren u om te beginnen met eens achterover te leunen en uzelf af te vragen waar u staat als professional en wat dat betekent voor de komende periode. Op welke gebieden wilt u zichzelf verder ontwikkelen, hetzij door het uitbouwen van uw sterke punten, hetzij door te werken aan uw verbeterpunten.

U gebruikt vervolgens de instrumenten uit MijnPortfolio (zoals de zelfevaluaties en 360° feedback) om uw inzichten verder te onderbouwen en mogelijke ontwikkelpunten te ontdekken. Op basis hiervan formuleert u **minimaal 4 ontwikkeltrajecten** voor uw POP.

##### **Kenmerken van goede ontwikkeltrajecten**

Ontwikkeltrajecten zijn bedoeld voor kwaliteitsverbeteringen die voldoende gewicht hebben en die doorgaans een **langere doorlooptijd** kennen. Verbeteringen worden vaak stapsgewijs bereikt; kleinere stappen leiden tot succeservaringen en bevorderen de motivatie om door te gaan.

Een goed ontwikkeltraject:

- sluit aan bij uw eigen motivatie en interesse,
- heeft voldoende inhoudelijke diepgang,
- en draagt bij aan uw professionele ontwikkeling.

##### **Elementen die in ieder ontwikkeltraject moeten terugkomen**

Beschrijf de ontwikkeltrajecten zo concreet mogelijk. Laat de volgende elementen in ieder geval terugkomen in de formulering:

1. Beschrijving van de huidige situatie:
  - wat is er nu aan de hand?
  - Waarom vormt het een probleem?
  - Voor wie vormt het een probleem?
  - Welke ongewenste effecten komen er uit voort?
2. Beschrijving van de gewenste situatie:
  - welk doel/resultaat wil je bereiken?
  - Hoe kan de situatie worden verbeterd?
  - Welke stappen gaat u zetten om de gewenste situatie te bereiken?
3. Plan van aanpak en stappen
  - welke stappen u gaat zetten,
  - wanneer u welke acties uitvoert,
  - wie u hierbij nodig heeft of welke disciplines betrokken zijn,
  - wanneer u het doel bereikt wilt hebben,
  - en hoe u gaat beoordelen of u het doel daadwerkelijk heeft behaald.

Hierbij gaat het vooral om het goed doordenken van het proces waarin u uw doel wilt bereiken. Ook moet duidelijk zijn wanneer en hoe het effect van uw inspanningen wordt geëvalueerd, zodat u waar nodig kunt bijsturen.

In Bijlage 6. Enkele voorbeelden van ontwikkeltrajecten vindt u enkele methoden, die u kunt gebruiken bij het beschrijven van de ontwikkeltrajecten (zoals SMART of STARR).  
In Bijlage 7. Voorbeeldprogramma Visitatie staan voorbeelden van uitgewerkte ontwikkeltrajecten.

## 5. Beoordeling tijdens de visitatie

Deelname aan een evaluatie van het professioneel functioneren is voor medische professionals, naast een wettelijke en morele plicht, ook een formele eis binnen de herregistratie als verslavingsarts KNMG. De visitatoren, zelf collega verslavingsartsen, toetsen tijdens de visitatie uw POP en bijbehorende documenten. Zij doen dit om te beoordelen of u voldoet aan de gestelde eisen, maar ook om u en uw KE-groep te ondersteunen en te coachen bij het proces van kwaliteitsbevordering.

Visitatoren hebben alleen inzage in het KE-dossier in MijnPortfolio in de periode voorafgaand aan de visitatie en tot de uiteindelijke afronding ervan. Na de visitatie blijven de beoordelingsformulieren onderdeel van uw portfolio, zodat deze bij toekomstige visitaties geraadpleegd kunnen worden. Visitatoren vallen onder een strikte geheimhoudingsplicht, passend bij de vertrouwelijkheid van de gedeelde informatie.

### 5.1 Beoordeling van “Sta stil bij je POP” (06)

In dit document wordt van u verwacht dat u duidelijk en aannemelijk maakt:

- welke inspanningen u heeft verricht om uw ontwikkelpunten/trajecten te realiseren,
- en hoe deze inspanningen hebben bijgedragen aan uw professionele ontwikkeling.

De visitatoren geven feedback op beide aspecten. Bij de beoordeling letten zij op:

- **Heeft u beschreven welke acties u heeft ondernomen**, los van het bereikte resultaat?
- **Is inzichtelijk wat deze inspanningen hebben opgeleverd?**  
(bijvoorbeeld: wat heeft u geleerd, welke vaardigheden zijn verbeterd, welke inzichten heeft u opgedaan?)

Aanvullende eisen:

- Indien één of meerdere verbeterpunten/trajecten zijn komen te vervallen (ongeacht de reden), moet er een alternatief ontwikkeltraject worden geformuleerd.
- Bij een vervolgisitatie moet er altijd een terugkoppeling zijn van alle ontwikkeltrajecten uit de vorige POP.
- Het verslag over activiteiten/inspanningen is feitelijk, reflectief en beschrijvend, dus in de vorm van een “verhaal”. Een simpel afvinklijstje (“gedaan / niet gedaan”, “gelukt / niet gelukt”) is niet voldoende.

### 5.2 Beoordeling van de ontwikkeltrajecten in het POP

Visitatoren toetsen of de ontwikkeltrajecten voldoen aan de formele criteria. Daarbij geldt:

- Er zijn minimaal vier ontwikkeltrajecten in het POP geformuleerd.
- Minimaal één ontwikkeltraject (en maximaal twee) moeten betrekking hebben op het competentiegebied Medisch Handelen.
- De overige ontwikkeltrajecten worden verdeeld over minimaal twee andere competentiegebieden.

- De ontwikkeltrajecten zijn uitgewerkt volgens de aanwijzingen in **paragraaf 4.3 Evaluatie** via “Sta stil bij je POP” (06) en hierdoor evalueerbaar op het moment van de volgende visitatie. Ze zijn:
  - planmatig en procesmatig uitgewerkt,
  - goed gefaseerd in de tijd,
  - inspirerend voor de gevisiteerde en doen een beroep op intrinsieke motivatie.

Beide onderdelen, dus de evaluatie “**Sta stil bij je POP**” (06) als het **POP** met zijn ontwikkeltrajecten, moeten als voldoende worden beoordeeld. Indien één of beide onderdelen als onvoldoende worden beoordeeld, is de visitatie niet succesvol afgerond.

#### **Wanneer is het onvoldoende?**

##### **Onvoldoende evaluatie (“Sta stil bij je POP”)**

U heeft onvoldoende aannemelijk gemaakt dat u zich heeft ingespannen voor uw ontwikkeldoelen.

Dit kan betekenen:

- dat de inspanningen daadwerkelijk onvoldoende waren, of
- dat uw verslag *tekstueel* onvoldoende duidelijk was.

In beide gevallen wordt het onderdeel als onvoldoende beoordeeld.

- Bij een **tekstueel tekort** krijgt u **twee maanden** om uw verslag te herschrijven, verhelderen of aan te vullen.
- Drie maanden na de visitatie ( inclusief de vier weken die visitatoren hebben om eventuele aanvullende feedback te geven) moet de verbeterde versie “**Sta stil bij je POP**” (06) te zijn ingeleverd.

Mocht de situatie zich voordoen dat u daadwerkelijk onvoldoende inspanningen heeft verricht om uw ontwikkeldoelen te realiseren, dan wordt dus uw evaluatie als onvoldoende beoordeeld. Dit betekent dat u de vervolgvisitatie niet succesvol heeft afgerond.

##### **Onvoldoende POP (ontwikkeltrajecten voor de toekomst)**

Als het POP als onvoldoende wordt beoordeeld, mag u het herschrijven conform artikel 6.08 van het Reglement Kwaliteitsevaluatie VVGN.

Ook hiervoor geldt een termijn van twee maanden; binnen drie maanden na de visitatie moet de verbeterde versie worden aangeleverd.

Dit alles benadrukt het belang van de KE-groep: door vooraf kritisch met elkaar mee te denken, kunnen beide documenten worden aangescherpt en optimaal worden voorbereid.

### **5.3 Beoordeling van het Reflectieverslag “De Spiegel”**

Het reflectieverslag vormt derde onderdeel van de visitatie.

Visitatoren beoordelen niet of u “goed” of “fout” heeft gehandeld, maar kijken naar:

- de diepgang van uw reflectie,
- de manier waarop u het dilemma of de situatie heeft uitgewerkt,

- uw onderliggende drijfveren, overtuigingen en waarden,
- uw vermogen om te leren van de situatie.

Het Reflectieverslag laat zien hoe u als professional omgaat met complexe situaties, ethische vraagstukken en persoonlijke/professionele grenzen.

## 5.4 Termijnen en afronding van de visitatie

Tijdens de formele visitatie ontvangt u mondelingen feedback op de aangeleverde stukken. Voor de finale afronding gelden de volgende termijnen:

### 1. Binnen 1 maand

De visitatoren sturen schriftelijke feedback op:

- het POP,
- de evaluatie “**Sta stil bij uw POP**”,
- het Reflectieverslag “**De Spiegel**”,  
via het **Feedback- en beoordelingsformulier visitatoren (14)** (onder tabblad Visitatie).

### 2. Binnen 6 weken na ontvangst van feedback

Verwerkt u eventuele opmerkingen en levert u de aangepaste documenten aan.

### 3. Binnen 3 maanden na de visitatiedatum

Moet de visitatie volledig zijn afgerond.

### 4. Tot slot

U vult de **Evaluatievragenlijst Visitatie (15)** in, waarna de accreditatiepunten voor het gehele evaluatie- en visitatietraject automatisch worden bijgeschreven in GAIA.

## 5.5 De Formele visitatiebijeenkomst

Bij de aanmelding (**Aanmeldingsformulier visitatie (11)**) heeft u aangegeven in wel jaar u gevisiteerd wilt orden. Bij de start van dat jaar ontvangt de contactpersoon een verzoek van het VVGN secretariaat om **tenminste twee dagdelen** door te geven waarop de volledige KE-groep aanwezig kan zijn. Visitatoren kunnen zich vervolgens inschrijven op deze data.

Als er een match is, ontvangt de contactpersoon een bevestiging van:

- de definitieve visitatiedatum,
- en de namen van de ingeplande visitatoren.

Indien geen geschikte match wordt gevonden, vraagt het secretariaat om nieuwe data.

### Vorbereidende acties

- Reserveer een vergaderruimte geschikt voor minimaal 8 personen, gedurende een dagdeel (meestal tussen 10.00-14.30 of 13.00-17.30).
- De ruimte moet voorzien zijn van een groot scherm, waarop de visitatoren zaken zichtbaar kunnen maken. Dus het is noodzakelijk dat er toegang is tot een stabiele wifi.

- Bespreek binnen de groep verwachtingen en aandachtspunten voor het gesprek met de visitatoren.
- Geef eventuele specifieke wensen **minimaal 2 weken** vooraf door aan de visitatoren.
- Informeer de visitatoren tijdig over eventuele bijzondere omstandigheden bij groepsleden. Zorg dat eventueel aanvullend materiaal klaarstaat en kan worden ingezien.

### **Belangrijk om te beseffen**

De visitatoren:

- zijn collega-verslavingsartsen, die zelf ook gevisiteerd worden;
- komen u niet beoordelen op medische inhoud, maar op het doorlopen proces;
- vormen geen beoordelende instantie, maar een coachende en toetsende rol;
- zijn redelijk en benaderbaar, ook wanneer argumenten persoonsgebonden zijn;
- volgen de eisen zoals beschreven in deze handleiding en het reglement.

Een programma op hoofdlijnen van de visitatiebijeenkomst vindt u in Bijlage 7.

Voorbeeldprogramma Visitatie.

Visitatoren leiden de bijeenkomst en bepalende agenda.

# Bijlage 1. Overzicht instrumenten (formulieren)

## Kwaliteitsevaluatie

### Instrumenten

- "Kijk naar jezelf" (02)
- Feedbackformulier Patiënten (03)
- Feedbackformulier collega's en medewerkers (04)
- "Todo"( samenvatting aandachtspunten) (05)
- "Sta stil bij je POP" (06)
- "KE-groep over je POP" (07)
- "De Spiegel" (Reflectieverslag) 09
- Aanmeldingsformulier Visitatie (11)
- Visitatiedatum (12)
- Aanbiedings-beoordelingsformulier (13)
- Feedback- en beoordelingsformulier visitatoren (14)
- Evaluatievragenlijst Visitatie (15)

## Bijlage 2. Lijst van voorbeelden van “bewijsstukken”

### Medisch handelen

1. De verslavingsarts bezit adequate kennis en vaardigheid naar de stand van het vakgebied.
2. De verslavingsarts past het diagnostisch, therapeutisch en preventief arsenaal van het vakgebied goed en waar mogelijk evidence based toe.
3. De verslavingsarts levert effectieve en ethisch verantwoorde patiëntenzorg.
4. De verslavingsarts vindt snel de vereiste informatie en past deze goed toe.

*Toelichting met voorbeelden:*

- *Document waaruit blijkt indicatiestellingstraject blijkt*
- *(deel van) medisch dossier*
- *Voorbeeld van een PICO in de praktijk*

### Communicatie met patiënten

1. De verslavingsarts bouwt effectieve behandelrelaties met patiënten en naastbetrokkenen van patiënt
2. De verslavingsarts luistert goed en verkrijgt doelmatig relevante informatie zowel van de patiënt zelf als uit diens omgeving.
3. De verslavingsarts bespreekt medische informatie goed met patiënten en diens naastbetrokkenen.
4. De verslavingsarts doet adequaat mondeling en schriftelijk verslag aan de patiënt, medebehandelaars en externe hulpverleners.

*Toelichting met voorbeelden:*

- *(deel) van medisch dossier*
- *Evaluaties door/feedback van cliënten en medewerkers*
- *MDO-verslagen/beleidsnotities t.b.v. SMO*
- *Presentaties gehouden voor patiënten, medewerkers*

### Samenwerking met collega's en andere zorgverleners

1. De verslavingsarts werkt doelmatig samen met collegae, andere zorgverleners en met (ondersteunende) medewerkers bij de verslavingszorginstelling
2. De verslavingsarts verwijst adequaat naar andere professionals en naar andere hulpverleners, zowel binnen als buiten de eigen instelling.
3. De verslavingsarts levert effectief intercollegiaal consult, zowel aan andere verslavingsprofessionals als naar andere professionals in de gezondheidszorg.
4. De verslavingsarts draagt bij aan effectieve interdisciplinaire samenwerking en ketenzorg.

*Toelichting met voorbeelden:*

- *Verwijsbrieven van huisartsen/medisch specialisten*
- *Verwijsbrieven naar huisartsen/medisch specialisten*
- *Verslagen van overleg met collega's of andere zorgverleners*
- *Feedback van collega's en/of andere zorgverleners*

### **Kennis en wetenschap**

1. De verslavingsarts beschouwt de voor zijn werk noodzakelijke wetenschappelijke en organisatorische informatie kritisch.
2. De verslavingsarts bevordert de verbreding van en ontwikkelt de wetenschappelijke vakkennis.
3. De verslavingsarts ontwikkelt en onderhoudt een persoonlijk bij- en nascholingsplan.
4. De verslavingsarts bevordert de deskundigheid van studenten, agio's, collegae, cliënten en andere betrokkenen in de verslavingskunde en de gezondheidszorg.

*Toelichting met voorbeelden:*

- *Lijst met publicaties*
- *Bij- en nascholingsplan*
- *Lijst van bijgewoonde bij- en nascholing, congressen en symposia op het eigen vakgebied*
- *Uitdraai van GAIA*
- *Zelf ontwikkeld onderwijsmateriaal (bijv. een PowerPointpresentatie, een zelf geschreven syllabus, etc.)*
- *Verslagen van begeleidingsgesprekken met studenten/aios*
- *Evaluaties van deelnemers aan onderwijsactiviteiten, uitgevoerd door de gevisiteerde*

### **Maatschappelijk handelen**

1. De verslavingsarts kent en herkent de determinanten van ziekte.
2. De verslavingsarts bevordert de gezondheid van patiënten en de gemeenschap als geheel.
3. De verslavingsarts handelt volgens de relevante wettelijke bepalingen.
4. De verslavingsarts treedt adequaat op bij incidenten in de zorg.

*Toelichting met voorbeelden:*

- *Documenten waaruit competenties maatschappelijk handelen blijken*
- *(Beleids)voorstellen ter verbetering van de gezondheidssituatie, binnen en buiten de arbeidsorganisatie.*
- *Adviezen aan bedrijf over wet op medische keuringen*
- *Zelf uitgevoerde deskundigheidsoordelen*

### **Organisatie**

1. De verslavingsarts organiseert het werk naar een balans in patiëntenzorg en persoonlijke ontwikkeling.

2. De verslavingsarts werkt effectief en doelmatig binnen het bedrijf en het regionale netwerk in de gezondheidszorg.
3. De verslavingsarts besteedt de beschikbare middelen voor de patiëntenzorg en de arbeidsomstandigheden zorg verantwoord.
4. De verslavingsarts gebruikt informatietechnologie voor optimale cliënten- en arbozorg, en voor bij- en nascholing. Hij werkt methodisch, wetenschappelijk verantwoord en toetsbaar (evidence based).

*Toelichting met voorbeelden:*

- *Documenten waaruit organisatiecompetenties blijken*
- *Deelnamercertificaat aan module EBM*

### **Professionaliteit**

1. De verslavingsarts levert hoogstaande patiëntenzorg op integere, oprechte en betrokken wijze, en hanteert belangentegenstellingen op integere wijze.
2. De verslavingsarts vertoont adequaat persoonlijk en interpersoonlijk professioneel gedrag. Hij reflecteert kritisch op het eigen functioneren en op de eigen rol binnen de arbeidsorganisatie.
3. De verslavingsarts kent de grenzen van de eigen beroepsbekwaamheden en handelt daar binnen.
4. De verslavingsarts oefent de geneeskunde en de bedrijfsgezondheidszorg uit naar de gebruikelijke ethische normen van het beroep.

*Toelichting met voorbeelden:*

- *Verlagen van ICT-groepen*
- *Verlagen van teamoverleg*
- *Verlag van ethisch dilemma*

## Bijlage 3. Reflectieverlag

### 3.1 Reflecteren is niet hetzelfde als evalueren

Reflecteren is een cyclische manier van leren en tegelijkertijd een vaardigheid. Het vraagt om het vermogen om afstand te nemen van een situatie en abstract te kunnen denken over het eigen handelen. Reflectie richt zich altijd op **uzelf**: uw gedrag, gevoelens en drijfveren binnen een specifieke situatie. Het doel is om uw (toekomstig) professioneel handelen te verbeteren.

De vaardigheid reflecteren houdt in dat u terugkijkt op uw gedrag (denken, voelen, handelen, willen) in een bepaalde situatie om erachter te komen wat de beweegredenen waren vóór, en de consequenties waren van dat gedrag in die situatie. U analyseert de situatie, het eigen gedrag en de eigen interpretaties daarin, om vervolgens te bepalen of en hoe u uw gedrag zal veranderen met het oog op een toekomstige (vergelijkbare of nieuwe) situatie.

Uw handelen, denken, voelen en willen staan dus centraal. Het gaat er dan niet zozeer om of u het werk “goed” of “fout” heeft gedaan; dat is evalueren. Het is juist belangrijk het beoordelen (evalueren) van het eigen handelen uit te stellen. Dit geeft ruimte voor zelfonderzoek, waardoor u meer leert over uw eigen handelen. Bij evalueren gaat het ook veel meer om het beoordelen van (het volbrengen van) een bepaalde taak. Het eindresultaat van de taak (product) wordt beoordeeld, evenals het proces dat tot het eindresultaat heeft geleid. Na reflectie kan evaluatie plaatsvinden. Dan kunt u conclusies trekken en doelen stellen voor een volgende keer. Reflecteren gaat over jezelf, evalueren over de taak.

Bij evalueren	Bij reflecteren
<ul style="list-style-type: none"><li>- Beoordeelt u de resultaten van uw acties.</li><li>- Kijkt u welke eventuele storende factoren een rol hebben gespeeld.</li><li>- Trekt u conclusies voor de werkwijze in soortgelijke situaties.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Omschrijft u de situatie en omgeving.</li><li>- Onderzoekt u uw gedrag.</li><li>- Stelt u vragen over uw eigen vaardigheden.</li><li>- Achterhaalt u uw motivatie of overtuigingen.</li><li>- Staat u stil bij uw identiteit.</li><li>- Heeft u oog voor uw dieperliggende drijfveren.</li></ul>

### 3.2 Handreiking voor Zelfreflectie: Een Praktische Gids voor Verslavingsartsen

#### 3.2.1 Reflecteren: Een Stap naar Professionele Groei

Reflecteren is een persoonlijk proces dat begint bij uzelf en draait om zelfbewustzijn. Het is niet hetzelfde als evalueren. Bij reflectie kijkt u verder dan de resultaten en onderzoekt u uw eigen gedrag, overtuigingen, en drijfveren. Dit helpt u niet alleen om uzelf te verbeteren, maar versterkt ook de zorg die u biedt aan uw cliënten.

Voor verslavingsartsen is reflectie van groot belang, omdat het werk vaak intense en complexe situaties met zich meebrengt. Of u nu werkt op een klinische detoxafdeling of in een poliklinische setting, reflecteren helpt u omgaan met professionele uitdagingen en draagt bij aan uw persoonlijke en professionele ontwikkeling.

## Waarom Reflecteren?

Reflectie biedt inzicht in:

- Uw sterke en zwakke punten.
- Uw drijfveren en overtuigingen.
- Uw professionele identiteit en ontwikkeling.

Een betekenisvolle situatie om op te reflecteren herkent u vaak aan een onprettig of uitdagend gevoel dat het bij u oproept. Dit gevoel biedt een kans om te leren. Vraag uzelf af: *Waarom raakte deze situatie mij? Wat zegt dit over mijn aanpak of mijn overtuigingen?*

## Hoe Reflecteert u?

Bij een reflectieverslag doorloopt u de volgende stappen:

- Omschrijf de situatie: Geef een korte en concrete beschrijving van een gebeurtenis.
- Onderzoek uw gedrag: Wat deed u? Wat ging goed, en wat kon beter?
- Stel vragen over uw vaardigheden: Welke vaardigheden heeft u gebruikt, en welke misten wellicht?
- Achterhaal uw motivatie: Wat waren uw drijfveren en overtuigingen tijdens de situatie?
- Sta stil bij uw identiteit: Hoe past deze situatie bij wie u bent als arts en als mens?
- Onderzoek uw dieperliggende drijfveren: Wat zegt deze situatie over uw waarden en ambities?

### 3.2.2 Voorbeelden van Zelfreflectie

#### Casus 1: Grenzen stellen in de kliniek

**Situatie:** Een cliënt op de detoxafdeling vroeg herhaaldelijk om extra medicatie buiten de afgesproken dosering. U voelde zich ongemakkelijk bij het weigeren.

#### Reflectie:

- Wat deed u? Ik legde de afspraken uit, maar voelde mij onzeker toen de cliënt bleef aandringen.
- Wat voelde u? Ik voelde een conflict tussen empathie en mijn professionele verantwoordelijkheid.
- Welke vaardigheid ontbrak? Ik merkte dat ik sterker had kunnen communiceren over de risico's van toegeven.
- Wat motiveerde mij? Ik wilde de cliënt helpen, maar besepte dat mijn grenzen belangrijk zijn voor zijn herstel.

**Leerpunten:** Sterker communiceren over professionele grenzen en oefenen met gesprekstechnieken.

#### Casus 2: Samenwerking met een psychiater

**Situatie:** Tijdens een multidisciplinair overleg botste u met een psychiater over de behandelaanpak.

#### Reflectie:

- Wat deed u? Ik uitte mijn mening, maar luisterde niet goed naar de visie van de ander.
- Wat dacht u? Ik vond dat mijn aanpak beter was en voelde me gefrustreerd.
- Wat motiveerde mij? Ik wilde mijn expertise laten gelden, maar merkte achteraf dat samenwerking belangrijker is.
- Wat zegt dit over mijn professionele identiteit? Ik zie mezelf als expert, maar kan leren meer open te staan voor andermans ideeën.

**Leerpunten:** Luisteren en samenwerken als prioriteit stellen in multidisciplinaire settings.

### 3.2.3 Hoe Maakt u een Reflectieverslag?

In een reflectieverslag worden tenminste de volgende punten opgenomen:

- Beschrijving van de situatie.
- Analyse van uw gedrag, gevoelens en gedachten.
- Inzicht in uw motivatie en overtuigingen.
- Koppeling met uw professionele ontwikkeling.
- Aandachtspunten voor uw persoonlijk ontwikkelingsplan (POP).

### Voordelen van Reflectie voor Verslavingsartsen

- Betere zelfzorg: Begrijpen hoe u reageert op uitdagende situaties voorkomt burn-out.
- Meer empathie: Reflecteren op uw drijfveren versterkt uw vermogen om cliënten te begrijpen.
- Professionele groei: U ontwikkelt uw vaardigheden en verdiept uw kennis.

### Inspirerende Vraagstukken

- Hoe beïnvloeden mijn eigen overtuigingen mijn behandelbeslissingen?
- Hoe kan ik mijn communicatie verbeteren binnen een multidisciplinair team?
- Wat leert een lastige interactie met een cliënt mij over mijn grenzen?

### Aanvullende Informatie en Literatuur

- Schön, D.A. (1983). *The Reflective Practitioner: How Professionals Think in Action*.
- Gibbs, G. (1988). *Learning by Doing: A Guide to Teaching and Learning Methods*.
- VVGN. Handleiding Kwaliteitsevaluatie. Beschikbaar via de VVGN-website.

### 3.2.4 Extra uitgewerkte voorbeelden van reflectie

#### Casus 1: Grenzen stellen in de kliniek

##### Situatie:

Tijdens een nachtdienst op de detoxafdeling vroeg een cliënt, die zichtbaar ongemakkelijk was, herhaaldelijk om extra medicatie buiten de afgesproken dosering. Hoewel u wist dat het medicatiebeleid strikt gevolgd moest worden, merkte u dat de herhaalde verzoeken en het ongemak van de cliënt u onzeker maakten.

##### Reflectie:

Bij het eerste verzoek legde ik rustig uit waarom extra medicatie niet mogelijk was en verwees ik

naar de gemaakte afspraken. De cliënt gaf echter aan dat hij zich nog steeds slecht voelde en bleef aandringen. Dat zette mij onder druk. Ik voelde empathie voor zijn situatie, maar ook twijfel over mijn besluit: wat als ik te strikt ben? Tegelijkertijd realiseerde ik me dat toegeven risico's met zich meebracht, zowel medisch als professioneel.

Uiteindelijk bleef ik bij mijn besluit, maar de situatie bleef in mijn hoofd hangen. Het ongemak dat ik voelde, wees me erop dat ik mijn grenzen duidelijker had kunnen communiceren. Misschien had ik meer tijd moeten nemen om de cliënt gerust te stellen of om alternatieven te bespreken, zoals ontspanningstechnieken of een gesprek met een verpleegkundige. Deze ervaring liet me zien dat ik sterker kan worden in het combineren van empathie met het bewaken van professionele grenzen.

**Leerpunten:**

- Sterker en zelfverzekerder communiceren over professionele grenzen.
- Oefenen met technieken om cliënten gerust te stellen in stressvolle situaties.

**Casus 2: Samenwerking met een psychiater**

**Situatie:**

Tijdens een multidisciplinair overleg werd de behandelstrategie voor een cliënt met een dubbele diagnose besproken. U stelde voor om de focus op de verslavingsbehandeling te leggen, terwijl de psychiater aandrong op het eerst stabiliseren van de psychiatrische symptomen. Het gesprek liep hoog op en eindigde zonder een duidelijk besluit.

**Reflectie:**

Ik begon het overleg met het idee dat mijn voorstel het meest effectief was. Naarmate de discussie vorderde, merkte ik dat ik me meer ging verdedigen dan luisteren. De psychiater bracht relevante argumenten naar voren, maar ik voelde weerstand omdat ik het idee had dat mijn expertise werd genegeerd. Na afloop realiseerde ik me dat ik onvoldoende oog had gehad voor het gezamenlijke belang: het vinden van de beste oplossing voor de cliënt.

Deze situatie liet me inzien dat ik soms te gefocust ben op mijn eigen visie. Het leren waarderen van andere perspectieven is essentieel, vooral in multidisciplinaire teams. Door actief te luisteren en samen te werken, kunnen we betere resultaten bereiken voor onze cliënten.

**Leerpunten:**

- Meer aandacht besteden aan luisteren en het erkennen van andermans expertise.
- Het gezamenlijk belang van de cliënt nadrukkelijker vooropstellen in discussies.

**Casus 3: Het omgaan met weerstand van een cliënt**

**Situatie:**

Een cliënt in de polikliniek weigerde mee te werken aan het voorgestelde behandelplan. Hij wilde een andere aanpak, waarbij hij medicatie zou vermijden. U voelde frustratie omdat u vond dat uw aanpak de beste kans bood op herstel.

**Reflectie:**

De weerstand van de cliënt verraste me, omdat ik het behandelplan zorgvuldig had afgestemd op zijn situatie. Ik merkte dat ik begon te overtuigen in plaats van te luisteren. De cliënt werd hierdoor steeds stiller in zijn afwijzing, en ik voelde mijn frustratie toenemen.

Later besepte ik dat deze situatie ging over vertrouwen en autonomie. In plaats van mijn eigen overtuigingen centraal te stellen, had ik beter kunnen onderzoeken waarom de cliënt zich tegen de medicatie verzette. Misschien had ik meer tijd moeten nemen om zijn zorgen en behoeften te begrijpen. Deze ervaring liet me zien hoe belangrijk het is om ruimte te geven aan de cliënt, zodat we samen kunnen werken aan een behandelplan dat hij echt steunt.

**Leerpunten:**

- Empathischer reageren op weerstand en meer luisteren naar de zorgen van cliënten.
- Oefenen met het balanceren tussen professionele adviezen en het respecteren van autonomie.

### 3.2.5 Voorbeeld van een uitgebreid reflectieverslag

#### 1.1 Beschrijf en analyseer hoe het thema/dilemma zich heeft gemanifesteerd

Sinds een aantal jaar ben ik de behandelend arts en regiebehandelaar van een 50-jarige vrouw. Ze heeft een voorgeschiedenis van al meer dan 30 jaar middelengebruik en behandeling. Zij is in behandeling i.v.m. verslaving aan opiaten, cocaïne, benzodiazepines en tabak. Daarnaast is er sprake van een borderline persoonlijkheidsstoornis en heeft zij een relatie met een man, waarbij er sprake is van verbaal en fysiek geweld naar haar toe door de partner. Ze wonen samen in haar woning. Cliënte is somber en vooral angstig, zo hevig angstig dat ze altijd bevend in de stoel zit. Door de angst heeft ze geen eetlust en is er sprake van flink ondergewicht. Ook maakt ze een over gesedeerde indruk en is het denken vertraagd. Via de huisarts krijgt ze benzodiazepines (oxazepam 70mg 4dd), daarnaast krijgt ze methadon, via mij (harm reduction behandeling). Verder krijgt cliënte anti-epileptica i.v.m. insulden, mogelijk bij benzo-onttrekking.

Na het verbreken van de relatie staat ze open om opgenomen te worden om de cocaïne te ontgiften en gaat schoorvoetend ook akkoord met een start van afbouw benzodiazepines. Ze maakt hierin flinke stappen. Ze gaat in goeden doen met ontslag. Bij thuiskomst gaat het een aantal weken goed, tot ze slaapproblemen ontwikkelt, die medicamenteus niet goed te behandelen zijn door de psychiater. Haar stemming wordt eufor en ik vermoed dat ze hypomaan is. Ze gaat akkoord met verwijzing naar de psychiatrie om de stemming te onderzoeken op bipolaire stoornis en haar te behandelen, want zelf ziet ze in dat het door slaapgebrek minder goed met haar gaat.

In haar hypomanie valt ze terug in cocaïnegebruik en incidenteel heroïne spuiten en bezoekt ze seksclubs, waar ze een nieuwe partner ontmoet. Het behandelcontact, dat altijd goed is geweest, verslechtert. Haar nieuwe partner is vanaf het begin fel tegen de bemoeienis van verslavingszorg bij cliënte. Ook geeft hij aan dat hij tegen de medicatie is, hij heeft cliënte aangeraden alle medicatie te stoppen inclusief de benzodiazepines (afbouw is reeds gepauzeerd i.v.m. hypomane beeld). Ook heeft hij geadviseerd het methadon te stoppen. Partner vindt dit rotzooi. Cliënte is hevig verliefd en volgt alle adviezen van partner op (partner is niet

medisch geschoold), ook al is het medische advies niet acuut te stoppen. Cliënte krijgt een onttrekkingsinsult. Partner raad valeriaan aan, daarmee zal het beter gaan, want ook de anti-epileptica is gestopt op zijn aanraden, herstarten vindt hij onzin. Cliënte lijkt steeds meer in zijn macht en in de contacten die er zijn laat zij hem het woord voeren, ook als ik haar rechtstreeks vragen stel. Gesprek zonder partner weigert ze. Omdat dit een zorgelijke situatie is en ze nog altijd manisch is en door slaapgebrek en cocaïnegebruik uitgeput aan het raken is, wordt er een IBS beoordeling gedaan. Deze wordt niet afgegeven. In overleg met psychiater en behandelteam vragen we een RM aan. Tijdens de onafhankelijke beoordeling geeft ze aan toch naar psychiatrische instelling te gaan voor de behandeling van stemming. De onafhankelijke beoordeling wordt niet afgegeven, want sprake van samenwerking. Nog geen week hierna geeft partner aan dat cliënte afziet van de behandeling bij GGZ. Ik voel me enorm machteloos. Ik deel dit gevoel met het team, maar het lucht weinig op. Ik merk dat ik vanuit machteloosheid en frustratie het moeilijker vind om in gesprek te blijven met cliënte en partner. Dat ik i.p.v. te motiveren probeer te overtuigen dat er zorg nodig is en dit eerder een averechts effect heeft. Ik zie lijdzaam toe hoe iemand een ernstig psychiatrisch beeld ontwikkelt en er geen mogelijkheden lijken om in te grijpen.

In het laatste gesprek dat ik met cliënte en partner heb, zit cliënte te giechelen als een schoolmeisje, partner voert het woord. Ze hebben besloten de behandeling bij ons te stoppen, want vinden dat het erg goed gaat met cliënte, van een manie lijkt geen sprake meer, ze zit rustig op de stoel te giechelen zonder te bewegen en dat gedurende een uitgebreid gesprek. Partner is heel diskwalificerend naar mij toe in dat gesprek: 'doktertje sus en doktertje zo', medische feiten over cliënte zoals een insult door staken medicatie noemt hij mijn persoonlijke mening. Ondanks dat ik continue in het gesprek probeer om me rechtstreeks tot cliënte te richten en haar vragen stel, lukt het eigenlijk niet om met haar in contact te komen.

Anoniem wordt de casus nog voorgelegd aan Veilig thuis, maar die kunnen niets doen. Omdat er geen gronden meer zijn voor een RM en geen behandelovereenkomst is, sluiten we de casus af. Ik heb enorme onmacht gevoeld in deze casus. De cliënte heeft altijd het recht op eigen autonomie en zelf maken van keuzes, ook als ze hierin kiest voor een relatie waarbij ze zelf het woord niet meer voert, maar iemand anders voor haar spreekt. Iets wat ik me moeilijk voor kan stellen. Ik heb steeds, in samenwerking met de psychiater, getoetst of er juridische kaders waren voor ingrijpen om haar voor de manie te laten behandelen en daarbij ook medisch minder risico's te laten lopen op insulten, door dit weer goed te behandelen. Haar recht op autonomie is hiermee in conflict met mijn gevoel van betrokkenheid en verantwoordelijkheidsgevoel voor goede zorg. En dat heeft bij mij veel machteloosheid en frustratie opgeleverd. Hoewel ik me hier bewust van ben geweest, heeft mijn eigen emotie hierin de gesprekken beïnvloed. Waardoor ik wat minder goed motiverende gespreksvoering heb kunnen toepassen.

Ik blijf twijfelen aan of ze zich nu in deze relatie gestort heeft door haar ziektebeeld, of door werkelijke verliefdheid. De juridische kaders hebben bepaald dat dit een wilsbekwaam besluit is. Maar bij cliënte is wel een patroon van relaties waarbij er sprake is van mishandeling. Je niet laten behandelen voor ernstige medische aandoeningen op aanraden van een partner die je hierin stuurt zie ik dan ook als mishandeling.

Ook heb ik het moeilijk gevonden om te doorgronden wat deze partner voor rol speelt, wat zijn motieven zijn om zich zo fel tegen de zorgverleners te keren en zo dominant op te stellen. Misschien doet hij dit uit een soort zorgzaamheid, maar het voelt meer als een machtsstrijd met mij en medebehandelaars, over wie de meeste macht heeft over cliënte. Nu ik hier opnieuw bij

stil sta, blijf ik het lastig in te schatten vinden wat zijn beweegredenen is. Het is me in elk geval niet gelukt om een gezamenlijk belang te kunnen vinden in het goed zorgen voor deze dame. En dat betreurt ik.

### **1.2 Beschrijf hoe u met het thema/dilemma bent omgegaan**

Ik heb tijdens de casus steeds de voortgang besproken met het team, waar ik deel van uitmaak. Zowel de emoties en frustraties die het spanningsveld tussen eigen autonomie en verantwoordelijkheidsgevoel en betrokkenheid oproepen, als de inhoudelijk te nemen vervolgstappen.

Ik heb in gesprekken steeds geprobeerd om me bewust te kunnen zijn van mijn emoties en een deel van de gesprekken met het paar heb ik samen met de psychiater gevoerd.

### **1.3 Wat zijn uw leerpunten naar aanleiding van dit voorval?**

Ik denk dat het mogelijk helpend was geweest om deze casus in een moreel beraad te bespreken, om niet achteraf, maar tijdens de behandeling toch nieuwe inzichten te kunnen krijgen.

Mogelijk had de huisarts hier een rol in kunnen spelen, als iets neutralere behandelaar. Ook had ik kunnen overwegen om de behandeling aan een collega over te dragen, die met een verse blik verder had kunnen gaan.

### **1.4 Heeft u het betreffende voorval/situatie besproken? Met wie en hoe (ICT-groep of anderszins)?**

In het multidisciplinaire factteam waar ik in werk is deze casus zoals gezegd meerdere keren besproken. Als casuïstiek. Hierdoor heb ik wel het gevoel gekregen dat ik er alles aan gedaan heb om cliënte zo goed mogelijk te kunnen behandelen, binnen de juridische kaders die er waren. Soms lukt dat niet zoals ik dat als arts graag zou zien, maar ik begrijp nu beter dat dit ook onderdeel is van de doelgroep waar ik mee werk. Hierdoor heb ik geleerd dat mijn mogelijkheden begrensd zijn en dat kan ik nu beter aanvoelen, waardoor het me minder gefrustreerd maakt.

### **1.5 Zijn er op grond van dit reflectieverslag consequenties voor uw POP? Zo ja, welke?**

## Bijlage 4 Schematisch overzicht van niveaus van reflectie

- Het schematisch overzicht met 'Niveaus van reflectie' op de volgende pagina biedt ondersteuning bij het reflecteren. Het is opgesteld in de vorm van een rubric, waarbij onder de kolommen de criteria zijn weergegeven die horen bij elk reflectieniveau. Het schema is bruikbaar zowel de Terugblik op vorige POP als bij de beschrijving van een casus. U kunt uw eigen reflectie naast dit schema leggen om na te gaan in hoeverre u aandacht heeft besteed aan alle relevante aspecten.
- Het wordt sterk aanbevolen vooraf goed te bestuderen, zodat u inzicht krijgt in hoe u kunt reflecteren, waarop u kunt letten en welke valkuilen u kunt vermijden.
- Visitatoren maken eveneens gebruik van dit schema wanneer zij met u in gesprek gaan over uw reflectie en de wijze waarop u uw casus heeft uitgewerkt. De aangegeven 'niveaus van reflectie' moeten niet als absolute categorieën worden gezien. Het gaat om niveau-indicaties: een reflectie kan tussen twee niveaus in vallen, en verschillende onderdelen van een casusbeschrijving kunnen zelfs op verschillende niveaus zijn uitgewerkt.

Hierna het grote overzicht.

<b>Niveaus: =&gt;</b> ----- <b>Criteria:</b>	<b>1 Descriptief: Routinematig</b>	<b>2 Initieel reflectief: Introspectief</b>	<b>3 Reflectief: Dialogisch</b>	<b>4 Kritisch reflectief: Kritisch beschouwend</b>
<b>Helderheid van de thematiek</b>	Geen heldere thematiek: - onduidelijk wat de kwestie behelst - sobere beschrijving	Thematiek globaal omschreven - roept (veel) verhelderingsvragen op	Thematiek helder omschreven: - eventueel vanuit meer invalshoeken - analytisch	Thematiek vanuit meerdere invalshoeken helder, analytisch en rijk omschreven
<b>Volledigheid van de beschrijving</b>	Beschrijving van feiten, acties, indrukken.  - Zónder redenen of verklaringen - Wel hoe, niet waarom	Beschrijving van feiten, acties, indrukken, handelen  - Eventueel de beschrijving van alternatieve mogelijkheden, maar zonder nader onderzoek  - Geen welomschreven afweging. - Terugkijkend, niet vooruitkijkend	Beschrijving van feiten, acties, indrukken, handelen, emoties  - De beschrijving wordt gekenmerkt door met enige distantie de gebeurtenis te bevragen, te analyseren, te begrijpen, óók het eigen aandeel  - Exploratie van alternatieven - Retrospectief én prospectief - Afweging en betekenisgeving	Beschrijving van feiten, acties, indrukken, handelen, emoties  - Mét onderzoek van eigen acties vanuit een breder perspectief en een veelheid van factoren. - De beschrijving en analyse tonen kritisch bewustzijn van persoonlijke aannames, waarden, opvattingen en/of vooroordelen en de consequenties.  - Uitgebreide analyse en betekenisgeving - Uitwerking van alternatieven
<b>Persoonlijk aandeel</b>	Afwezig: - Het eigen aandeel ontbreekt	Afstandelijk: - Het eigen aandeel / eigen handelen van de schrijver wordt wel benoemd maar niet onderzocht	Persoonlijk: - Het eigen aandeel / eigen handelen en de consequenties daarvan worden duidelijk en kritisch beschreven en geëvalueerd	Doorleefd: - Het eigen handelen, de consequenties en ook eventuele alternatieven worden kritisch beschreven en geëvalueerd; alternatieven worden onderzocht op haalbaarheid
<b>Emotie</b>	- Weinig of geen (h)erkenning van of aandacht voor emoties	- Wel (h)erkenning, geen exploratie van of aandacht voor emoties	- Expliciete (h)erkenning en exploratie van en aandacht voor emoties	- Expliciete (h)erkenning en exploratie van en aandacht voor emoties, en verwerving van inzicht in emoties

Tabel 1: niveaus van reflectie<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Kwint/Manders 2016 (geïnspireerd op Hatton & Smith, 1955 en Reflect Rubric van Wald e.a, 2012)

## Bijlage 5. Hulpmiddelen voor de beschrijving van ontwikkeltrajecten

Doelstellingen worden vaak te vaag en vrijblijvend geformuleerd als wensen, intenties, of goede voornemens. Er zijn diverse manieren om een doelstelling scherper te formuleren. Welke methode wordt gebruikt is minder belangrijk; het gaat erom dat een doelstelling zo concreet mogelijk wordt geformuleerd, wordt doordacht op al zijn consequenties en dat er een moment in de tijd wordt gedefinieerd waarop u evalueert of u op de goede weg bent (zodat u tijdig kunt bijsturen).

Hieronder geven we enkele voorbeelden. De gevisiteerde kan zelf kiezen welk format hem/haar het beste past. Hierbij worden voorbeelden gebruikt uit de Arbeids- en Bedrijfsgeneeskunde, welke op termijn vervangen zullen worden door voorbeelden uit de verslavingsgeneeskunde.

### 5.1 De vijf W-vragen

Een heldere doelstelling geeft antwoord op de vijf w-vragen:

- **Wat** wil ik bereiken? (doel);
- **Waarom** wil ik dit doel bereiken? (wat is het belang; welk probleem wordt ermee opgelost; waarom vindt u het belangrijk om aan dit doel te werken?);
- **Op Welke** manier ga ik dit doel bereiken? (Denk terug vanuit uw doel: wat is er nodig om het doel te bereiken? Beschrijf de tussenstappen die nodig zijn. Zijn alle tussenstappen helder, dan is ook duidelijk wat uw eerste stap kan zijn.);
- **Wanneer** loopt het traject (startdatum, fasen, doorlooptijd, checkmomenten, etc. Schat per stap in hoeveel tijd zo'n stap zal vergen. U krijgt dan zicht op de hoeveelheid tijd die u nodig zult hebben en kunt inschatten wanneer u uw einddoel bereikt kunt hebben. Hiermee kunt u een duidelijk tijdspad maken.);
- **Wie** zijn erbij betrokken? (andere professionals, stakeholders in organisatie; bedenk wie u nodig hebt om uw plannen te realiseren, zowel in uw eigen werkomgeving als bij uw klanten. Bedenk daarbij ook hoe u die betrokkenen meekrijgt in uw plan.).

Door het beantwoorden van de vijf W-vragen maakt u in feite een soort projectplan voor uw ontwikkeltraject.

Er moet een duidelijk verband te zien zijn tussen de doelstelling en de activiteiten die daarvoor gevraagd worden. Naarmate de doelstelling preciezer geformuleerd is, wordt het makkelijker er invulling aan te geven.

Bedenk ook wat u tot nu toe heeft tegengehouden. Daarmee krijgt u zicht op de mogelijke belemmeringen. In uw stappenplan kunt u acties inbouwen om die belemmeringen opzij te ruimen.

Plan in ieder geval ook een moment in de tijd waarop u evalueert hoever u gevorderd bent in het bereiken van uw doel. Bent u op de goede weg? Zo nee, dan is het tijd om bij te sturen.

### 5.2 Plan-Do-Check-Act of Kwaliteitscirkel van Deming

De kwaliteitscirkel van Deming is een creatief hulpmiddel voor **kwaliteitsmanagement** en **probleem oplossen**, ontwikkeld door **William Edwards Deming**.

De cirkel beschrijft vier activiteiten die op alle verbeteringen in **organisaties** van toepassing zijn. De vier activiteiten zorgen voor een betere **kwaliteit**. Het cyclische karakter garandeert dat de kwaliteitsverbetering continu onder de aandacht is.

De vier activiteiten in de kwaliteitscirkel van Deming zijn:

**PLAN:** Kijk naar huidige werkzaamheden en ontwerp een plan voor de verbetering van deze werkzaamheden. Stel voor deze verbetering doelstellingen vast.

**DO:** Voer de geplande verbetering uit in een gecontroleerde proefopstelling.

**CHECK:** Meet het resultaat van de verbetering en vergelijk deze met de oorspronkelijke situatie en toets deze aan de vastgestelde doelstellingen.

**ACT:** Bijstellen aan de hand van de gevonden resultaten bij CHECK.

Kern van deze visie is dat elke medewerker aan een (productie-)proces op deze manier in staat is om zijn eigen werkwijze te beoordelen en te verbeteren. De handelingen van de medewerker vormen namelijk een eigen deelproces van het hoger gelegen proces.

### 5.3 SMART

Een ander hulpmiddel is het **SMART** formuleren van doelen.

SMART staat voor:

- Specifiek
- Meetbaar
- Acceptabel
- Realistisch
- Tijdgebonden

Een SMART-doelstelling is **richtinggevend**: het geeft aan wat u wilt bereiken en stuurt uw gedrag. Bovendien wordt aangegeven **welke resultaten wanneer** moeten worden bereikt. Door een **doelstelling** SMART te formuleren is de kans groter dat er in de praktijk iets van terecht komt.

#### **Specifiek**

Omschrijf het doel duidelijk en concreet. Het moet een **waarneembare** actie, gedrag of resultaat beschrijven. Wat is er af als het af is? Een SMART-doel moet u kunnen zien, horen, proeven, ruiken of voelen.

Een SMART-doelstelling is normerend: het is een maat voor de kwaliteit van de te leveren inspanningen.

#### **Meetbaar**

Hoeveel ga ik doen? Hoe kan ik dat **meten**? Er moet een systeem, methode en procedure zijn om te bepalen in welke mate het doel op een bepaald moment bereikt is.

Doe zo mogelijk een nulmeting, om de startsituatie te bepalen.

#### **Acceptabel**

Is er **draagvlak** voor wat ik doe? Is het in overeenstemming met het beleid en de doelstellingen van de organisatie? Zijn de betrokkenen bereid zich te verbinden aan de doelstelling?

Als u voor uzelf een SMART-doel stelt, dan is het voldoende dat u het zelf accepteert. Maar wanneer u als bedrijfsarts een doel voor een groep mensen of een organisatie stelt, dan is het belangrijk dat er draagvlak voor is.

#### **Realistisch**

Is het doel **haalbaar**? Is er een uitvoerbaar plan met aanvaardbare inspanningen? Kunt u de gevraagde resultaten daadwerkelijk beïnvloeden? Heeft u voldoende knowhow, capaciteit, middelen en bevoegdheden?

Een te makkelijk doel is niet interessant, omdat het mensen niet uitdaagt en geen bevrediging oplevert. Een doelstelling kan onrealistisch zijn, als hij op een te laag niveau wordt opgelegd. Een realistische doelstelling moet rekening houden met de praktijk. In geen enkele organisatie kunnen mensen 100% aan één doel werken. Er zijn altijd andere activiteiten, onverwachte gebeurtenissen en afleidingen.

Moeilijk bereikbare doelstellingen kunt u opsplitsen in kleinere haalbare subdoelstellingen. De tussentijdse resultaten geven telkens nieuwe energie.

### **Tijdgebonden**

Wanneer beginnen we met de activiteiten? Wanneer zijn we klaar? Wanneer is het doel bereikt?

Een SMART-doelstelling heeft een **duidelijke startdatum en einddatum**.

Met name korte-termijndoelen kunnen SMART worden uitgewerkt. Bij lange-termijndoelen is dat niet altijd mogelijk.

### **Is SMART slim?**

De beroemde toespraak '*I have a dream*' van Martin Luther King was niet SMART (want niet meetbaar, niet tijdgebonden), maar het was wel een briljante toespraak; zeer inspirerend en activerend.

Wie het onbekende wil verkennen kan niet specifiek zijn. Meetbare resultaten leiden tot calculerend gedrag. Acceptabele doelen zijn niet confronterend. Realistische doelen zijn niet ambitieus. Tijdgebonden doelen hebben een beperkte houdbaarheid.

SMART is een nuttige checklist voor alledaagse doelstellingen bij studie en werk. Maar het legt ook beperkingen op die zeer waardevolle doelstellingen uitsluiten.

Laat SMART geen doel op zich zijn.

## Bijlage 6. Enkele voorbeelden van ontwikkeltrajecten

Hieronder vindt u enkele voorbeelden van ontwikkeltrajecten van collega's uit de praktijk die redelijk tot goed zijn uitgewerkt en waarbij in de uitwerking gebruik is gemaakt van verschillende hulpmiddelen.

Let op: Het zijn voorbeelden, maar daarmee niet per definitie ideale ontwikkeltrajecten waar niets meer op is aan te merken. De voorbeelden zijn uit de praktijk van bedrijfsartsen en worden op termijn vervangen door voorbeelden uit de verslavingsgeneeskunde.

### Voorbeeld A Op basis van SMART-methodiek

#### **Ontwikkeltraject: Euthanasieverzoeken binnen mijn verslavingszorginstelling bespreekbaar maken**

Competentiedomein: Organisatie, samenwerken

**Huidige situatie:** van meerdere kanten binnen mijn werkomgeving bereiken mij vragen over dit onderwerp en er blijkt veel onwennigheid en onbekendheid te zijn m.b.t. hoe om te gaan met euthanasievragen van onze patiënten. Het zou wenselijk zijn om een instellingsrichtlijn te hebben afgeleid van bestaande richtlijnen zoals "Euthanasie en hulp bij zelfdoding bij psyche stoornis" (NVVP), waar een werkbaar protocol uit voortvloeit.

**Specifiek:** Er blijkt binnen onze instelling veel onwennigheid te zijn, die leidt tot onnodige en verkeerde aandacht over dit onderwerp. Daarom wil ik een interne richtlijn opstellen hoe om te gaan met verzoeken om euthanasie van onze patiënten. Hoe het gesprek is aan te gaan, wat mogelijke vervolgstappen zijn, wie er bij te betrekken etc.

**Meetbaar:** Als de richtlijn er is ga ik het gesprek aan met de inhoudelijk eindverantwoordelijken om hun ondersteuning te krijgen. Daarna spreek ik een vervolgtraject af om dit gespreksonderwerp in alle teams op de agenda te krijgen. Dit zou binnen een ½ jaar mogelijk moeten zijn aangezien er maandelijks teamvergaderingen gepland zijn. Ik krijg nu gemiddeld 2 vragen per maand, dus ik zal na 1 jaar kijken hoe dit dan gaat.

**Acceptabel/realistisch:** dit is wel de zoveelste richtlijn, maar het is wel al een bekend onderwerp en het is meer de moeite om dit soort zaken met de patiënt te bespreken, waar het probleem ligt en wat dus aangepakt moet worden. De inspanning zal de zorg verbeteren en ook het zelfvertrouwen van de medewerkers vergroten.

**Tijdsgebonden:** De extra inspanning zal mn bestaan uit het aanpassen van de landelijke richtlijn aan onze situatie en het agenderen van het onderwerp op de teamvergaderingen. Het zou verstandig zijn om elk ½ jaar na te gaan wat de ervaringen zijn binnen de teams met dit onderwerp.

## Voorbeeld B Op basis van de PDCA-cyclus

### Ontwikkeltraject: Verbeteren Kwaliteitsevaluatiesysteem VVGN

#### Competentiedomein: Organisatie

Het KE-systeem is sinds 2000 operationeel onder de verslavingsartsen KNMG in Nederland als onderdeel van de eisen om te voldoen aan de registratie-eisen van de KNMG. Zoals bij de invoering is afgesproken wordt het systeem en de ervaringen van de gebruikers gemonitord met de toezegging dat bij gebleken problemen er aanpassing zou plaats vinden.

**Huidige situatie (medio 2025):** het systeem wordt als onoverzichtelijk, lastig in gebruik en als zeer belastend ervaren, waarbij de meerwaarde moeilijk te zien is. Veel vragenlijsten, met vaak onduidelijke doel, strakke tijdsplanning vanuit systeem etc. Deze opmerkingen hebben geleid tot het plan om te kijken naar: 1 het gebruikte tijdsschema, 2. Aantal vragenlijsten, 3. Naamgeving vragenlijsten.

Evaluatiepunten: Ervaren druk door tijdsplanning, gemak van gebruik van ondersteunende vragenlijsten (in aantal en bruikbaarheid) en ondersteunend zijn aan ontwikkelproces.

**Plan:** Acties: 1: “verplichte” jaarlijkse activiteiten vervallen en gaan naar 2x per visitatie-tussenperiode. 2 Het aantal te gebruiken vragenlijsten wordt teruggebracht van 7 naar 3-4. 3. De naamgeving van de vragenlijsten is zo veranderd dat de naam duidelijker aangeeft, wat de bedoeling is. Voor dit alles wordt de handleiding en reglement aangepast.

**Do:** Er is een demo gemaakt, die met nieuw startende groepen wordt gedeeld en de wijzigingen zullen per 1-4-2026 voor alle gebruikers ingaan. Handleiding zal dan ook ter beschikking zijn.

**Check:** na 1 jaar wordt een enquête onder de leden gehouden om naar de ervaringen te vragen met het gewijzigde systeem. Ook de evaluaties na visitatie zullen ervaringen weergeven.

**Act:** afhankelijk van feedback voorstellen tot verbetering formuleren in 2027. (Commissie Kwaliteitsevaluatie VVGN).

## Voorbeeld Op Basis van 5 W-vragen

### Ontwikkeltraject : Antitrekmedicatie Alcohol

#### Competentiedomein: *Medisch Handelen*

**Omschrijving:** Ik wil een document ontwikkelen wat te gebruiken is in de dagelijkse praktijk bij het voorschrijven van antitrek medicatie, gebaseerd op de laatste wetenschappelijke inzichten. Ik wil me richten op medicatie tegen trek in alcohol.

#### **Wat?**

Ik wil op de hoogte zijn van de laatste ontwikkelingen op het gebied van anti trek medicatie bij alcohol. Ik wil ook mijn collega's daarvan op de hoogte houden.

#### **Waarom?**

Ik merk dat er vaak vragen in mijn team gesteld worden over de verschillende antitrek medicatie en de evidentie voor het gebruik. Ik adviseer hen dan gebaseerd op wat ik geleerd heb bij de opleiding en bij nascholingen en op basis van ervaring. Maar ik daarbij dat ik het gevoel heb tekort te schieten omdat ik niet de wetenschappelijke ontwikkeling op dit gebied bijhoud.

Ik behandel in elk geval de volgende middelen:

- Acamprosaat
- Naltrexon
- Nalmefeen
- Baclofen
- Topiramaat

### **Wanneer?**

Ik ga in 202X het 'basis' document aanleggen en zal daar jaarlijks een update aan toe voegen op basis van de vastgelegde zoekstrategie.

Dit is een doorlopend traject, in elk geval gedurende de looptijd tot de eerste kwaliteitsevaluatie.

### **Wie?**

Ik ben primair hierbij betrokken, daarnaast natuurlijk ook mijn collega's aan wie ik dit ga presenteren.

### **Te ondernemen activiteiten om dit ontwikkeldoel te bereiken**

- **Op welke manier?**
- Ik ga een zoekstrategie ontwikkelen waarmee ik in Pubmed op basis van MeSH termen regelmatig (bijvoorbeeld jaarlijks) kan onderzoeken wat er nieuw is op het gebied van anti trek medicatie.
- Daar gaat aan vooraf dat ik een document ga aanleggen waarin ik allereerst de stand van zaken tot nu toe beschrijf.
- Dit wil ik jaarlijks aan mijn teamgenoten presenteren bij de deskundigheidsbevordering.

### **Deadline van dit onderdeel**

Ik wil dit afgerond hebben op 1 januari 202X.

## Bijlage 7. Voorbeeldprogramma Visitatie

- 1. Introductie** **[15 min]**
  - Kennismaking: visitatoren lichten toe wie ze zijn en hoe hun professionele loopbaan er uitziet.
  - Toelichting op doel en werkwijze bij het visiteren.
  - Programma uitzetten en aanvullende agendapunten invoegen.
  
- 2. Visitatie-ervaringen van gevisiteerden** **[30 min]**
  - Bevindingen en gevoelens van gevisiteerden bij het visitatieproces:
    - wat zijn vondsten, nieuwe inzichten, potentiële ontwikkelingen?
    - wat zijn leerpunten en wat heeft meer aandacht?
    - lusten en lasten van de voorbereidingsfase?
  - Beschouwing op kwaliteitsevaluatie/visitatieproces als geheel dat de groep heeft doorgemaakt.
  - Aandacht voor de ontwikkelcomponent van het Kwaliteitsevaluatiemodel, inhoudelijk, methodisch, technisch.
  
- 3. Algemene beschouwing van visitatoren op basis van POP's** **[30 min]**
  - Wat zijn (qua vorm en inhoud) de grootste gemeene delers, wat valt op, wat is goed gegaan, wat ontbreekt m.b.t.
    - Terugblik vorig POP (indien van toepassing)
    - Reflectieverslag Attitude, autonomie en ethiek
    - Ontwikkeltrajecten voor de toekomst
  
- 4. Bespreking per persoon van visitatiegegevens** **[max. 120 min]**

*(gemiddeld 20 min. p.p. met tussentijds pauze van 20 min.)*

Visitatoren gaan op basis van het individuele materiaal in detail o.a. in op:

  - Terugblik vorig POP (indien van toepassing)
  - Reflectieverslag
  - Feedback van groepsgenoten, cliënten, collega's en medewerkers
  - Ontwikkeltrajecten voor de toekomst, inclusief bespreekpunten aangegeven door betreffende gevisiteerde voor zover niet expliciet aangegeven als privé.
  
- 5. Evaluatie en vooruitblik** **[30 min]**
  - Vooruitblik op het realiseren/de realiseerbaarheid van ontwikkeldoelen.
  - Evaluatie van het verloop van de formele visitatie en optreden visitatoren.
  - Signalen aan de VVGN als beroepsvereniging en de Commissie Kwaliteitsevaluatie VVGN.
    - waar heeft het Kwaliteitsevaluatiemodel aanpassing?
    - wat zeggen de ontwikkeldoelen over het beleid van de VVGN?

## Bijlage 8. Toelichting feedbackvragenlijsten derden (patiënten, medewerkers/collega's)

Er zijn twee feedbackvragenlijsten beschikbaar:

- Feedbackvragenlijst voor patiënten (03)
- Feedbackvragenlijst voor medewerkers/collega's (04)

De vragenlijsten kunnen digitaal worden ingevuld, maar u kunt ook papieren versie ter invulling aanbieden. U dient de lijst dan wel als PDF uit te printen en aan de patiënt te geven. U kunt deze vinden in de **bibliotheek** van Mijnportfolio. Na ontvangst kunt u deze lijsten, nadat u ze heeft ingescand, uploaden in het systeem onder '**Mijn portfolio**' → '**Overige documenten** toevoegen'. Wilt u de resultaten zichtbaar maken in het systeem, dan dient u deze handmatig in te voeren. Voor elke vragenlijst is een voorbeeld aanbiedingsbrief beschikbaar. Deze zijn een onderdeel van het feedbackformulier, zodat u deze eventueel naar eigen inzicht kunt aanpassen.

### 8.1 Instructie feedbackvragenlijst patiënten

1. Het is de bedoeling dat u **20** vragenlijsten onder uw patiënten ter beantwoording uitzet: schriftelijk en/of digitaal. Voor uw analyse heeft u **minimaal 10 ingevulde vragenlijsten** nodig.
2. Het is van belang om niet alle patiënten van één spreekuur te enquêteren, maar om de enquêtes te verdelen over minstens drie spreekuren op verschillende dagen. Op deze wijze kan voorkomen worden dat de uitslag wordt beïnvloed door een te specifieke situatie.
3. Zorg dat er een systeem zit in welke patiënten u laat meedoen. Neem bijvoorbeeld de eerste drie patiënten van het spreekuur, of de laatste vijf.
4. Het is belangrijk dat patiënten het ingevulde formulier anoniem ergens kunnen deponeren in een bus of doos, om te voorkomen dat patiënten beïnvloed worden, omdat zij het formulier persoonlijk aan iemand moeten overhandigen. Digitaal laten invullen heeft de voorkeur.

### 8.2 Instructie feedbackvragenlijsten medewerkers/collega's

Met behulp van deze vragenlijsten kunt u informatie verzamelen over hoe medewerkers/collega's aankijken tegen uw functioneren als verslavingsarts. De lijsten zijn bestemd voor mensen die zicht hebben op en zich een oordeel kunnen vormen over (een deel van) uw functioneren. Het is de bedoeling dat u minimaal **zes vragenlijsten** ter beantwoording uitzet onder medewerkers/collega's. U kunt hierbij denken aan:

- een leidinggevende waarmee u direct samenwerkt
- een verslavingsarts, waarmee u samenwerkt
- een (GZ-, klinisch) psycholoog, waarmee u samenwerkt
- een verpleegkundige (specialist), waarmee u samenwerkt
- een receptie-, administratief medewerker, waarmee u samenwerkt

Afhankelijk van uw persoonlijke werksituatie kan het voor de hand liggen om anderen dan de hierboven genoemde personen te vragen de lijst in te vullen. Het is aan u om te kiezen welke personen de meest zinvolle informatie kunnen geven.

Voor uw analyse heeft u **minimaal zes ingevulde vragenlijsten** nodig.

Als u alle vragenlijsten retour hebt ontvangen, bestudeert u de ontvangen feedback en gaat u na of deze verbetermogelijkheden oplevert en zo ja, welke u zou willen opnemen in uw POP.