



BEELD: SHUTTERSTOCK

HET NIEUWE OPLEIDEN

Aios wensen feedback op hun functioneren in de praktijk

Een paar keer meeluisteren bij een slechtnieuwsgesprek en dan gelijk in het diepe. Zo verging het de arts-assistent vroeger. Tegenwoordig krijgt een aios eerst gestructureerd onderwijs, wordt vervolgens geobserveerd en daarna geëvalueerd. Het Nieuwe Leren in de medische vervolgopleiding.

C. HALMA
J.L.C.M. VAN SAASE

Het Nieuwe Leren (competentiegericht onderwijs) is tegenwoordig voorpaginanieuws. Niet alleen leraren, maar zelfs leerlingen komen ertegen in het geweer en er is een vereniging Beter Onderwijs Nederland opgericht om deze onderwijsvernieuwing in het middelbaar onderwijs terug te draaien. Ook in de medische opleiding rukt het Nieuwe Leren op, maar dit heeft tot nu toe veel minder publiciteit en protesten opgeroepen, misschien omdat een beroepsopleiding als geneeskunde zich beter voor het Nieuwe Leren leent dan het middelbaar onderwijs. Het is namelijk ontstaan uit een aantal theorieën over het leren van volwassenen.¹

Toch gaat de invoering van het Nieuwe Opleiden in de medische vervolgopleidingen niet zonder slag of stoot. Er mag dan sinds 2005 een wettelijk kader zijn (Kaderbesluit en Besluiten van de individuele medische specialismen), maar de feitelijke invoering van

allerlei uit deze besluiten voortkomende verplichtingen, zoals het portfolio en de korte praktijkbeoordelingen (KPB's), verloopt langzaam en stroef.

In de Pro/Contra-rubriek van het Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde werd onlangs een gloedvol betoog gehouden vóór het gebruik van het portfolio, maar de tegenstander was uitermate sceptisch: 'slecht geschreven stukken over slecht opgezette onderzoeken', 'onvoldoende empirische steun - eerder het tegendeel'.^{2 3} Als moderne dokter wil je natuurlijk evidence zien, maar het Nieuwe Leren is gebaseerd op theorie en niet op evidence.¹ Veel artsen rijzen de haren te berge bij het gezigde onderwijskundig jargon. Anderen vinden de specialistenopleiding te belangrijk om deze toe te vertrouwen aan onderwijskundigen. Dat zijn immers de geleerden die na veel onderzoek de verrassende ontdekking hebben gedaan dat bij leren motivatie een belangrijke rol speelt. Het Nieuwe Opleiden hiermee

afdoen is echter het kind met het badwater weggooien.

OPEN DEUR

Het Nieuwe Opleiden is bovendien onontkoombaar. De samenleving eist dat binnen de specialistenopleiding meer

De methode kan gemakkelijk verworden tot een administratieve invuloefening

aandacht wordt gegeven aan communicatie en samenwerking, geheel andere zaken dan de medisch-technische kennis en vaardigheden waarop tot nu toe het accent heeft gelegen. Verdwenen zijn de solistisch werkende dokters, de arts van nu is onderdeel van een team en moet met anderen samenwerken. En hoewel de theorieën achter het Nieuwe Leren een hoog 'open deur'-gehalte hebben, zou het natuurlijk kortzichtig zijn om niet die zaken eruit te halen waarmee opleiders hun voordeel kunnen doen.

Centraal in het Nieuwe Opleiden staat het zogenaamde competentiegericht leren (zie *figuur*). Medische competentie is wel gedefinieerd als het continue en verstandige gebruik van communicatie, kennis, vaardigheden, klinisch redeneren, emoties, waarden en reflectie in de dagelijkse praktijk voor het welzijn van het individu en de gemeenschap die wordt gediend.⁴ Deze medische competentie is weer onderverdeeld in een aantal competentiegebieden; in Nederland zijn dit er zeven (volgens het CanMEDS 2000-model), in de Verenigde Staten zes.⁴⁻⁶ De verschillende deelcompetenties kunnen in het functioneren van de arts (de 'performance') worden geobserveerd en getoetst.

SCHOUDERKLOPJE

Het eerste essentiële verschil tussen het Oude en het Nieuwe Opleiden is dat het observeren en toetsen van de aios expliciet worden gemaakt. Dat wil zeggen: benoemen wat de eisen zijn, waarop wordt gelet en hoe wordt getoetst. Het tweede, zo mogelijk nog belangrijker verschil is dat de aios aansluitend commentaar ('gestructureerde feedback') krijgt op zijn functioneren.

Hoe ging het vroeger? Enigszins gechargeerd voorgesteld: de arts-assistent

die het voeren van een slechtnieuwsgesprek moest leren, zat er een keer bij wanneer zijn opleider het voordeed. In het gunstigste geval deed de assistent het volgende gesprek met de opleider erbij; na afloop kwam er misschien een schouderklopje en een terloopse opmerking

gens gaat het formulier in het portfolio. Het voordeel is duidelijk: alle belangrijke onderdelen van een slechtnieuwsgesprek komen expliciet aan de orde, zodat de aios weet waaraan hij nog moet werken. Bij een volgende observatie kan de opleider op deze verbeterpunten terugkomen, net zolang totdat de aios een goede prestatie ('performance') aflevert. Het nadeel van deze methode is ook evident: het is 'schools' en omslachtig, waardoor het gemakkelijk kan verworden tot een administratieve invuloefening.

COLLECTEREN

hoe het beter had gekund. Als het niet al te slecht was verlopen, mocht hij daarna 'los'.

Hoe moet het volgens de principes van het Nieuwe Opleiden? Nadat de aios gestructureerd onderwijs heeft gekregen over het voeren van een slechtnieuwsgesprek, wordt hij bij een aantal gesprekken geobserveerd. Direct na elk gesprek krijgt hij een mondelinge evaluatie aan de hand van een aantal punten op een formulier, dat de opleider invult. Vervol-

De zeven competentiedomeinen van CanMEDS zijn elk weer in vieren verdeeld, zodat er tijdens de specialistenopleiding 28 deelcompetenties moeten worden geobserveerd en getoetst.^{5,6} Binnen elk specialisme zijn nu plannen in de maak waarin staat beschreven hoe en wanneer dit alles binnen de opleiding moet plaatsvinden. Competenties worden gekoppeld aan leerdoelen, leermiddelen en toetsen. Voorbeeld: de competentie 'samenwerking' heeft als deelcompetentie >>



<< 'effectief consult doen.' Leerdoel (aios kan consultvraag adequaat beantwoorden) en leermiddel (consultenstage) liggen voor de hand. Toetsen kunnen zijn: korte praktijkbeoordelingen, 360°-scans (medewerkers wordt gevraagd hoe de aios functioneert), schriftelijke examens en voortgangsgesprekken. Maar niet bij alle competenties is duidelijk hoe deze in de opleiding een plaats moeten krijgen. Hierover vinden welhaast theologische discussies plaats. Neem deelcompetentie 6.3: De specialist besteedt de beschikbare



De aios krijgt expliciet commentaar op zijn functioneren

middelen voor de patiëntenzorg verantwoord. Of 5.2: De specialist bevordert de gezondheid van patiënten en de gemeenschap als geheel. Moet de aios een lezing houden voor een patiëntenvereniging? Collecteren voor de Nierstichting?

Bovendien zijn er deelcompetenties die overlappen, zoals 1.4: De specialist vindt snel de vereiste informatie en past deze goed toe, en 6.4: De specialist gebruikt informatietechnologie voor optimale patiëntenzorg en voor bij- en nascholing. Samen nemen of aparte leerdoelen, leermiddelen en toetsen ontwikkelen? Er circuleren opleidingsplannen die alle stages binnen de vijf tot zes jaar die de specialistenopleiding duurt, in

tientallen bladzijden hebben beschreven in termen van toetsmatrixen en competentiekaarten, waarop alle 28 deelcompetenties moeten worden gescoord.

ROOD POTLOOD

Het risico bestaat dat de deelcompetenties een onaantastbare status krijgen, terwijl ze niet meer zijn dan abstracties waarmee aspecten van het functioneren van aios kunnen worden benoemd en beoordeeld. Het worden dan De Achtentwintig Geboden en achter elke aios staat een opleider met een rood potlood deelcompetenties af te vinken, met grote kans op burn-out door toetsmoeheid bij aios en opleider. Of nog erger: de opleider haakt helemaal af en vult zonder na te denken aan het eind van elk opleidingsjaar op het beoordelingsformulier achter alle 28 deelcompetenties 'goed' in, onder het motto 'Ze kunnen het krijgen zoals ze het hebben willen'.

Voor het verkrijgen van draagvlak in het veld is het essentieel dat de deelcompetenties geen doel op zich worden. Ook het portfolio is een middel en geen doel.⁷ Het is een hulpmiddel voor de aios, waardoor hij samen met de opleider naar de voortgang van zijn opleiding kan kijken en tekorten kan signaleren. Het portfolio kan ook goed dienst doen als overdracht van opleider naar opleider. Dit is vooral belangrijk voor aios die in meer dan één ziekenhuis worden opgeleid.

MISVERSTAND

Hoeveel belang er binnen het Nieuwe Opleiden ook wordt gehecht aan deelcompetenties, het gaat toch vooral om kennis verwerven en vaardigheden aanleren (zie *figuur* op blz. 1601). Het is een absoluut misverstand dat deze in het Nieuwe Leren van ondergeschikt belang zijn. Hoe kennis en vaardigheden moeten worden verworven, geobserveerd en getoetst, weten opleiders natuurlijk heel goed. Opvallend bij de Werkconferentie Medische Vervolgopleidingen in Amersfoort in maart van dit jaar was dat de aios vertelden meer dan genoeg cursorisch onderwijs te krijgen (volgens het Kaderbesluit is één dag cursorisch onderwijs per maand verplicht).⁸ Wat voor hen veel belangrijker is, is commentaar op hun functioneren tijdens het werk in de beroepspraktijk.

Daarmee is tevens het belangrijkste voordeel van het Nieuwe Opleiden genoemd. Het gaat om het benutten van beroepsactiviteiten voor opleidings-

SAMENVATTING

- De medische vervolgoopleidingen maken een begin met competentiegericht opleiden.
- Competenties worden vertaald in leerdoelen, leermiddelen en toetsen.
- Er wordt expliciet benoemd wat wordt geobserveerd en getoetst, en de aios krijgt op gestructureerde wijze commentaar op zijn functioneren.
- Deze manier van opleiden moet niet een doel op zich zijn en mag niet onttaarden in bureaucratie.
- Voor het toepassen van competentiegericht opleiden zullen eerst de opleiders moeten worden opgeleid.

activiteiten. De aios krijgt tijdens de beroepsuitoefening expliciet commentaar op zijn functioneren. Het Nieuwe Opleiden moet echter niet onttaarden in te fijnmazige en daardoor onuitvoerbaar zesjarenplannen. Wanneer het door een overmaat aan bureaucratie onvoldoende draagvlak krijgt bij de opleiders op de werkvloer, bestaat het risico dat het zal onttaarden in een papieren exercitie. Daar is niemand bij gebaat. Tot slot: competentiegericht opleiden is geen aangeboren vaardigheid. Willen we dat dit op een professionele wijze gebeurt, dan zullen om te beginnen alle opleidersteams uitleg en training moeten krijgen. Eerst moeten de opleiders worden opgeleid! ■

dr. C. Halma,
internist, Medisch Centrum Leeuwarden

dr. J.L.C.M. van Saase,
internist, Erasmus Medisch Centrum, Rotterdam

Correspondentieadres: c.halma@znb.nl;
c.c.: redactie@medischcontact.nl

Beide auteurs maken deel uit van de commissie Opleiding, Eindtermen en Competenties Interne Geneeskunde van het Consilium van de Nederlandse Internisten Vereniging, die werkt aan een nieuw opleidingsplan. Het artikel is op persoonlijke titel geschreven.

De literatuurlijst vindt u onder de digitale versie van dit artikel op www.medischcontact.nl.

De KNMG-site over opleiding en registratie en de site over medisch vervolgoopleidingen vindt u via www.medischcontact.nl/dezeweek.

