

dr. Roger Rennenberg
internist, coördinator masterfase
geneeskunde MUMC+

dr. Marjan Govaerts
voorzitter werkgroep toetsing masterfase geneeskunde, Faculty of Health, Medicine and Life Sciences (FHML), Universiteit Maastricht

dr. Jan-Joost Rethans
opleidingsdirecteur geneeskunde, FHML, Universiteit Maastricht

prof. dr. Gerard Bos
internist, voorzitter
masterbeoordelingscommissie MUMC+

MAASTRICHTS CURRICULUM MAAKT STAGIAIRS AL VROEG VERANTWOORDELIJK

Laat student echt meedoen in behandelteam

In Maastricht is de masteropleiding geneeskunde zo ingericht dat studenten echte verantwoordelijkheid in de kliniek dragen. Die ervaring vindt men namelijk essentieel voor een maximale competentieontwikkeling.

Bij het afronden van de masteropleiding geneeskunde wordt van studenten verwacht dat zij in zeven domeinen competenties hebben ontwikkeld en als beginnend beroepsbeoefenaar kunnen functioneren. Maar het competentiegericht opleiden kan veel meer effect sorteren als de stu-

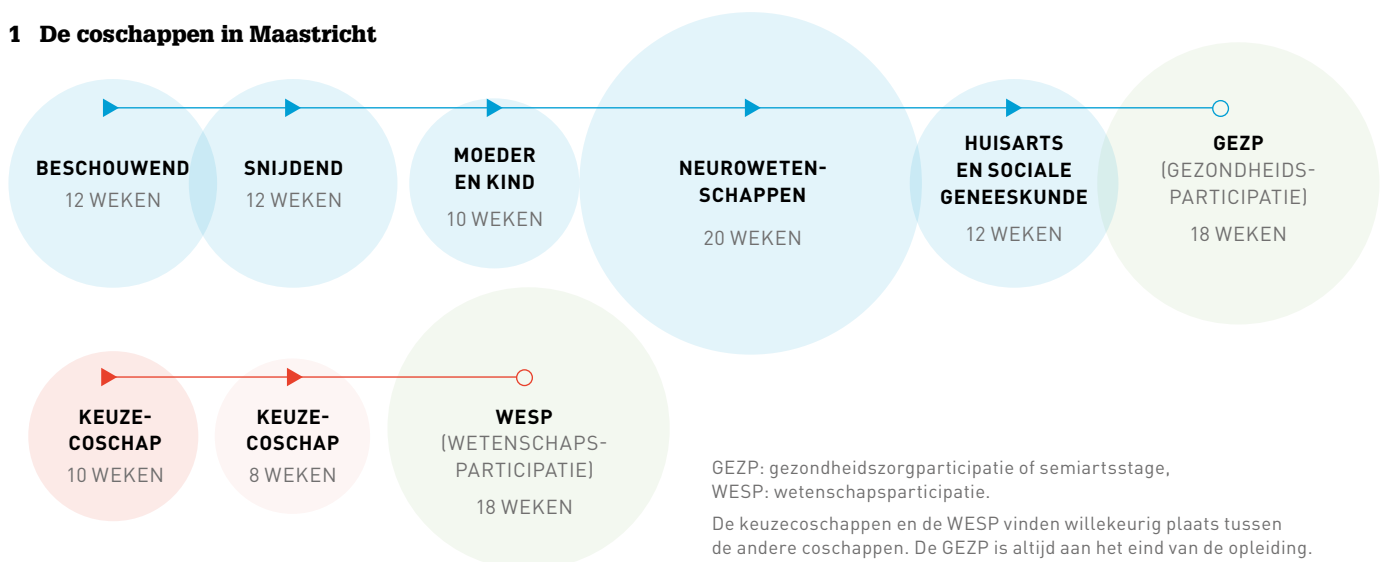
dent daadwerkelijk participeert in een behandelteam.

Weinig verantwoordelijkheden

Traditioneel doorloopt de student, zeker in het eerste deel van de masterfase, korte coschappen waarbij hij vaak als een 'toerist' kennismaking met veel verschillende

afdelingen binnen verschillende disciplines. Doel daarvan is de student kennis en vaardigheden te laten verwerven in wat beschouwd wordt als de 'kerndisciplines' in het medische domein. Elk coschap wordt vervolgens afgesloten met een toets of examen, vooral gericht op het testen van kennis. Voor de student is er daardoor nauwelijks een prikkel om te werken aan andere competenties. En omdat hij weinig verantwoordelijkheden krijgt en geen onderdeel kan worden van het team is ook het stimuleren en coachen van die competentiegroei lastig. Dit alles heeft tot gevolg dat een student zijn basisartsdiploma verwerft zonder gefundeerd beoordeeld te zijn op de

1 De coschappen in Maastricht



ontwikkeling van andere competenties dan kennis. Hooguit zullen ernstige tekortkomingen bij de beoordeling naar voren komen, soms echter pas heel laat in de masterfase omdat ze bij eerdere stages niet zijn opgemerkt of zijn ‘gedoogd’. Zo is het voor opleiders en begeleiders heel lastig om een betrouwbare uitspraak te doen over hoe studenten nu daadwerkelijk functioneren als (beginnend) arts.

Nieuw curriculum

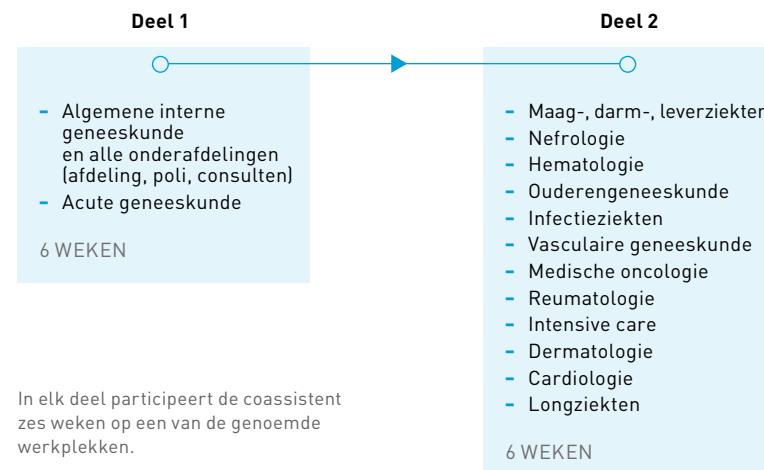
Om toch te kunnen toetsen hoe studenten in de praktijk functioneren en om de basisopleiding beter te laten aansluiten op de vervolgopleidingen heeft een team van onderwijskundigen, academische en perifere opleiders in Maastricht de afgelopen jaren gewerkt aan een nieuw curriculum voor de masterfase, dat:

- beter voldoet aan de eisen in Raamplan 2009 (landelijk overeengekomen programma van minimeindtermen, waaraan elke medische opleiding moet voldoen);
- reflectief leren en zelfsturing door de student stimuleert;
- competentieontwikkeling stimuleert door actieve participatie van de student in een (behandel)team gedurende langere tijd;
- een goed inzicht geeft in de longitudinale ontwikkeling van alle competenties op basis van frequente evaluatie en feedback;
- coaching gedurende de hele masterfase mogelijk maakt.

Door het bieden van veel keuzemogelijkheden aan de student en het zichtbaar maken van competentieontwikkeling

Studenten zien vergelijkbare vraagstukken in verschillende context

2 Coschap beschouwend



fungeert de masterfase nadrukkelijk als een schakelperiode naar een eventuele vervolgopleiding.

Om de studenten een zo breed mogelijk palet van de zorgvraagstukken te kunnen aanbieden, zijn vrijwel alle medische disciplines – er zijn er meer dan dertig – betrokken bij deze masteropleiding. Het resultaat is een masterfase waarbij het leren aan de hand van zorgvraagstukken – bijvoorbeeld kortademigheid – centraal staat, en niet zozeer het opdoen van kennis uit een beperkt aantal disciplines.

Actieve participatie

Concreet doorlopen studenten vijf breed georiënteerde coschappen, in vaste volgorde, waarbij zij telkens gedurende een langere periode op een beperkt aantal werkplekken verblijven (zie *figuur 1*). Daarnaast zijn er twee keuzecoschappen, een wetenschapsstage en een semiartsstage aan het einde van de masterfase. In alle stages wordt gestreefd naar een goede integratie in het medisch team en actieve participatie met verantwoordelijke taken. Begeleiders op de werkplek zien de student gedurende langere tijd aan het werk en kunnen zo tot een gefundeerder oordeel over competentieontwikkeling komen. Zo krijgen studenten bijvoorbeeld onder toezicht en begeleiding van het medisch team de verantwoordelijkheid over de volledige zorg rondom een patiënt. De competentie ‘samenwer-

ken’ is daardoor nu veel beter te beoordelen dan voorheen.

In de coschappen zijn (twee)wekelijkse terugkomdagen ingepland, waarin algemene thema’s uit het Raamplan besproken worden aan de hand van door de studenten ingebrachte casuïstiek. Docenten uit verschillende klinische disciplines en basisvakken participeren in deze interactieve besprekingen. Zo analyseren studenten bijvoorbeeld cardiopulmonale problematiek samen met een internist, longarts, ethicus of cardioloog en een fysioloog, waarbij diverse aspecten van het thema ‘pijn op de borst’ of ‘kortademigheid’ aan bod komen. Studenten dragen relevante casussen aan vanuit de cardiologie, reumatologie, longgeneeskunde, het verpleeghuis, enzovoort. De verschillen en overeenkomsten tussen de diverse presentaties worden benadrukt met aandacht voor de onderliggende mechanismen. Het doel van de besprekingen is integratie van theorie en praktijk, het leren van elkaar en het leren door uitwisseling van ervaringen, ook en vooral uit andere disciplines (zie *figuur 2*). Studenten bezoeken dus niet dezelfde disciplines, maar zien vergelijkbare zorgvraagstukken in een verschillende context.

Geïntegreerd

Misschien wel de belangrijkste verandering is de invoering van een mentoraat en portfolio waarin alle beoordelingen, feed-



De student moet voldoende plek hebben om zelfstandig verantwoordelijke taken te verrichten

back, toetsen, zelfreflecties en begeleidingsmomenten geïntegreerd zijn. In het portfolio wordt feedback automatisch geaggregeerd en geclusterd per competentiedomein. Zo wordt ook voor generieke competenties de longitudinale ontwikkeling zichtbaar, over alle coschappen heen. Na elk coschap kijken de mentor – die de student gedurende drie jaar begeleidt – en student terug op de behaalde doelen in het voorbije coschap en worden naar aanleiding van de prestaties, feedback en ervaringen nieuwe leerdoelen geformuleerd voor het volgende coschap. Een belangrijk doel van deze werkwijze is om enerzijds individuele problemen snel te kunnen signaleren, maar vooral ook om de goede studenten – en dat is de grote meerderheid – uit te dagen om het nog beter te doen.

Deze basisartsen kunnen gelijk doorstromen naar de gewenste vervolgopleiding

De beoordeling van de competentieontwikkeling vindt jaarlijks plaats, op basis van alle geaggregeerde informatie in het portfolio. Zo kan de examencommissie gefundeerd het diploma uitreiken.

Breder perspectief

Er zijn specialisten en studenten die zich afvragen of je wel een goede arts kunt worden zonder kennisgemaakt te hebben met bepaalde disciplines. Volgens ons plan kun je namelijk afstuderen zonder ooit op, bijvoorbeeld, een cardiologieafdeling te zijn gestationeerd. In onze ogen kan dat goed. Immers, een student kan een zorgvraagstuk als pijn op de borst op veel verschillende werkplekken zien en de vereiste kennis en vaardigheden ook op andere werkplekken dan de cardiologieafdeling verwerven. Dat stimuleert studenten ook om het begrip ‘pijn op de borst’ vanuit een breder perspectief te bezien: waarom gaat de specialist ouderengeneeskunde daar anders mee om dan de longarts? Voorwaarde is wel dat docenten op de longafdeling bereid zijn om de coassistent te stimuleren ook na te denken over, bijvoorbeeld, de urineweginfectie bij de patiënt. Door de participatie van veel meer disciplines dan voorheen wordt bovendien een stuwmeer aan klinische presentaties

ontsloten die eerder niet in de coschappen voorkwamen.

Wordt de kennisvergaring dan niet te oppervlakkig? Nee. Natuurlijk moet er een bepaalde basiskennis zijn, maar wat en hoeveel dit precies is kan niet meer in een afvinklijstje worden gevangen. Kennis verandert dusdanig snel, dat het minstens zo belangrijk is om studenten te leren hoe ze moeten leren, hoe ze moeten samenwerken, hoe ze zichzelf kunnen toetsen en hoe ze voortdurend aan hun eigen ontwikkeling en aan die van anderen kunnen werken.

Praktische hobbels

Uiteraard zijn er nog praktische hobbels te nemen, zoals de ruimte op de afdeling of poli om de student een eigen taak te kunnen geven. Waar een krukje vroeger altijd wel ergens paste, vinden we nu dat de student voldoende plek moet hebben om zelfstandig verantwoordelijke taken te verrichten.

Ook op de waarde van het portfolio, nog te vaak gevuld met slechte kwaliteit feedback, valt nog wel iets af te dingen. Trainen van alle begeleiders op de werkplekken, vooral ook aiossen, om de integratie van de coassistent en de kwaliteit van de feedback te verbeteren, is daarom onderdeel van het implementatieproces. Deze cultuurverandering vraagt ook tijd. We proberen uit, blikken terug, analyseren essenties en implementeren nieuwe oplossingen. Regelmatige feedback van begeleiders, examencommissie, studenten en hun mentoren helpt ons daarbij. We verwachten op deze wijze basisartsen op te leiden met alle competenties aantoonbaar op hoog niveau, die dus geschikt zijn om direct door te stromen naar de door hen gewenste vervolgopleiding. Een masterfase die daadwerkelijk gezien kan worden als sterke schakel in het opleidingscontinuüm. ■

contact

r.rennenberg@mumc.nl
cc: redactie@medischcontact.nl

Geen belangenverstrengeling gemeld