

Het goede doel

Meneer de rector, dames en heren,

Deze oratie begint met een mini-college. Het is de bedoeling dat u goed luistert, en niet met elkaar overlegt. Daar gaan we:

Een rots kan als anker dienen

Als het goed lukt is het erg ontspannend

Het gaat het best als het niet te druk is

De weersomstandigheden moeten een beetje mee zitten

Je kunt een brief meesturen

Dank u voor uw aandacht. Mag ik u vragen uw stemkastje te pakken en de eerste vraag eerlijk te beantwoorden?

(eerste vraag: weet u waar Brand het zojuist over had? Kies uit "ja, ik weet waar het minicollege over ging" of "nee, ik heb geen flauw idee").

De meeste van u hadden geen idee waar ik het over had. Ik had het over *vliegeren*, maar u miste de context, het referentiekader. Bovendien had ik u niet verteld wat ik wilde bereiken. Met andere woorden: het college miste een doel. Met deze korte speelse inleiding heb ik voor u willen illustreren dat leren zonder een goed omschreven doel niet effectief is. Helaas was veel van het onderwijs tijdens mijn studie geneeskunde, en veel van mijn opleiding zo georganiseerd: ik werd geacht iets te leren, maar de context, het leerdoel, was onduidelijk.

Het spreekt voor zichzelf dat het doel van de studie geneeskunde is om goede dokters af te leveren, en het doel van de klinische vervolgopleiding om goede medisch specialisten op te leiden. Omdat die klinische vervolgopleiding het onderwerp van mijn leeropdracht is zal ik me in het vervolg van deze lezing hierop concentreren, maar de principes zijn dezelfde voor de basisopleiding en voor de andere vervolgopleidingen, bijvoorbeeld die tot huisarts.

Goede dokters opleiden. Het klinkt als een goed doel. Het is ook een goed doel. Maar het is tegelijkertijd ook *geen* goed doel, want het is niet erg goed omschreven. Het is niet erg concreet, niet erg specifiek, niet erg SMART.

SMART, dat zijn de criteria waaraan goede doelen, goede leerdoelen, aan moeten voldoen om te werken, om effectief te zijn. SMART staat voor **specifiek, meetbaar, acceptabel** (dus toepasbaar en geschikt voor de doelgroep), **relevant** en **tijdig** (op het juiste moment gebracht). Er circuleren ook andere vertalingen van het originele Engelse acronym, maar de idee er achter is dezelfde. Leerdoelen moeten specifiek, meetbaarder en toepasbaarder zijn dan het wel heel erg algemene “goede dokters opleiden”.^[1] Als je leerdoelen zo formuleert kun je ook toetsen of ze gehaald zijn. In onderwijs en opleiding is zo’n toets essentieel.

Leerdoelen dus. Een terugkerend thema in mijn oratie. Het belang van goede leerdoelen kan niet overschat worden. Omdat ik ook graag wil dat u iets leert vanmiddag heb ik zorgvuldig nagedacht over de leerdoelen van deze lezing. Hier zijn ze.

Aan het einde van deze lezing:

- Kent u de beweegredenen achter competentiegericht opleiden
- Kunt u de grondslagen van het leren van volwassenen benoemen
- Kunt u beredeneren waarom een goede dokter meer competenties moet beheersen dan uitsluitend medische kennis
- Kunt u de voorwaarden benoemen waar een goede klinische opleiding aan moet voldoen

Vooraf in dat laatste gedeelte zal mijn visie naar voren komen. Ik ben er van overtuigd dat we de opleiding van medisch specialisten kunnen verbeteren door te investeren in de didactische vaardigheden van de opleiders, in een veilig leerklimaat voor onze aios¹, en door een gedegen structuur van de opleiding. Ik zal proberen u er van te overtuigen dat dit het beste kan op een afdeling die kiest voor opleiding, door gedreven en goed getrainde specialisten voor wie opleiden een prioriteit is, en niet door mensen die het opleiden er een beetje bij doen. In ieder geval reken ik er op dat u aan het einde van deze oratie een gewogen oordeel kunt vellen over het nut van een moderne, competentiegerichte opleiding. Ik ben erg benieuwd naar dat oordeel; daar kom ik dus straks op terug.

¹ Aios: arts in opleiding tot specialist (of tot huisarts)

We gaan terug naar het eerste leerdoel.

Beweegredenen achter het competentiegericht opleiden

Wilt u uw stemkastjes weer pakken? Hier is vraag 2.

Kunt u aan uw buurman uitleggen wat er bedoeld wordt met de term “competentie”?

Bijzonder toch. In alle lagen van het onderwijs wordt tegenwoordig competentiegericht gewerkt. Een van de grote onderwijs-vernieuwingen in de afgelopen decennia is de omslag naar het competentiegerichte leren.[2] De kranten staan er bol van, we hebben een parlementair onderzoek achter de rug naar alle onderwijsvernieuwingen. Misschien denkt u wel: er was toch niks mis met het oude systeem? Laat ik kort voor u toelichten wat competentiegericht opleiden is, en waarom daarvoor gekozen is.

Tijdens mijn studie geneeskunde, in de jaren '80 van de vorige eeuw, was de heersende wijsheid dat je eerst voldoende kennis moest vergaren alvorens je die kennis in de kliniek mocht toepassen. Pas tijdens de co-schappen kwamen de andere twee onderwijspilaren, vaardigheden en gedrag, aan de orde. Het bijzondere is echter dat deze manier van onderwijs niet aansluit bij hoe volwassenen leren.[3] Over die grondslagen van het leren van volwassenen zometeen meer.

Laten we eerst eens de vraag beantwoorden: leverde die ouderwetse manier, kennis eerst, en vaardigheden en gedrag later, nu slechte dokters op? Dat hoop ik niet, want anders zouden alle dokters van mijn generatie (en die daarvoor) slechte dokters zijn, en ik hoef u niet uit te leggen dat dat niet klopt.[4]

Toch was er veel aan te merken op die traditionele opbouw van het curriculum van de studie geneeskunde. Want het was niet erg effectief, en ook niet erg leuk. Het nodigde niet echt uit tot collegebezoek of andere studieactiviteiten. Er was zelfs een hoogleraar die tijdens college *letterlijk* voorlas uit zijn eigen boek, je kon voorspellen wanneer hij weer een dia zou laten zien, want die plaatjes stonden ook allemaal in

zijn boek. Ik kan u dan ook zonder enige schroom of schaamte vertellen dat ik nauwelijks naar college ben geweest. De kennis verwierf ik, en vele medestudenten met mij, vooral door zelfstudie uit boeken en collegedictaten, en die toetste ik met oude tentamenvragen. Voor het werken aan je intermenselijke vaardigheden en gedrag moest je elders zijn: bij de faculteitsvereniging, in je bijbaantje, of, in mijn geval, de studentenvereniging.

In de jaren '90 drong geleidelijk het besef door dat in een complex vak als de geneeskunde kennis, vaardigheden en gedrag zijn geïntegreerd.[5] Neem als voorbeeld een reanimatie. Vanzelfsprekend moet elke dokter die een reanimatie uitvoert *kennis* hebben van hoe ademhaling en bloedsomloop functioneren, en hoe die vitale functies tijdens een reanimatie kunnen worden overgenomen. Daarnaast dient de arts de *vaardigheden* van de reanimatie te beheersen: het beademen, de hartmassage. Deze twee zaken zijn natuurlijk niet gescheiden: zonder goede kennis zijn de vaardigheden niets meer dan een trucje, dat je bij wijze van spreken een aap zou kunnen leren; zonder goede vaardigheden is de kennis waardeloos. Deze worden dus geïntegreerd, en het is daarom ook logisch om ze geïntegreerd aan te leren. Maar met kennis en vaardigheden zijn we er nog niet: daar hoort ook nog gedrag bij. Hoe gedraagt de dokter zich in de stressvolle omstandigheden van een reanimatie, hoe werkt zij² samen met het team van collega's en verpleegkundigen, hoe communiceert zij met de familie van het slachtoffer? Integratie van kennis, vaardigheden en gedrag, in een bepaalde context of situatie – da's de definitie van een competentie. Een dergelijke integratie doet zich voor bij elke medische handeling, denk er maar eens over na. Het afnemen van een anamnese, het doen van een lichamelijk onderzoek, het voorschrijven van geneesmiddelen, maar ook: het organiseren van een afdeling, het geven van onderwijs, het doen van onderzoek. *Elk* deel van de geneeskunde omvat kennis, vaardigheden en gedrag. *Elk* onderdeel van

² Daar waar "zij" staat kan ook "hij" gelezen worden, en vice versa.

de geneeskunde is zodoende te beschouwen als een competentie, als een integratie van die kennis, die vaardigheden en dat gedrag in een bepaalde context.

Competentiegericht leren is dus niet uit de lucht komen vallen of als nieuwigheidje bedacht door onderwijsgoeroes, het is een logischer manier om een complex vak in stukjes onderwijs op te delen dan de vroegere benadering van eerst kennis, en daarna pas de toepassing er van. Bovendien sluit deze wijze van onderwijs veel beter aan bij hoe volwassenen leren dan de traditionele manier van onderwijs. We komen daarom nu te praten over de grondslagen van het leren van volwassenen.

Grondslagen van het leren van volwassenen

Ik wil u graag een kleine opdracht geven. Ik wil graag dat de linkerkant van de zaal nadenkt over een *goede* leerervaring, uit uw schooltijd, uw studie of uw opleiding. De rechterkant van de zaal wil ik vragen om na te denken over een *slechte* leerervaring. Wat *deed* de docent of de opleider waarom het voor u een goede of een slechte leerervaring was? Probeer zo concreet mogelijk één eigenschap, de meest cruciale eigenschap, van de docent te benoemen waarom dit voor u een goede, of juist een slechte leerervaring was. Voor alle duidelijkheid: er is natuurlijk niet één juist antwoord hier, het gaat om uw mening.

Denk er even in stilte over na, vorm uw mening, en bespreek die vervolgens met uw buurman. Neem nu eerst een halve minuut om voor uzelf de cruciale eigenschap van een goede of slechte leerervaring te bedenken. Gaat uw gang.

Dank u wel. Wissel het nu even uit met uw buurman of –vrouw; daarvoor krijgt u 1 minuut de tijd.

Dank u wel. Op de volgende dia ziet u een tiental eigenschappen van docenten. Mag ik de rechterkant van de zaal vragen om de eigenschap die u bedacht had voor uw slechte docent op uw stemkastje aan te geven? De linkerkant komt zometeen aan de beurt, ik wil u vragen om nog even te wachten met stemmen.

Hier zijn de eigenschappen van een slechte docent. Leest u ze zelf maar, de resultaten spreken voor zichzelf.

En dan nu de linkerkant van de zaal. Welke eigenschap had u voor uw goede docent geïdentificeerd? U mag het aangeven op uw stemkastje.

Kijk: de verschillen met de slechte docent zijn duidelijk. De goede docent betreft zijn publiek actief, zorgt ervoor dat het onderwijs relevant is voor de doelgroep, stelt duidelijke doelen, sluit aan bij de ervaringen van de doelgroep, en geeft duidelijke feedback.[6] Dat, dames en heren, zijn nu precies de grondslagen van het leren van volwassenen.[7] Als we aansluiten bij deze grondslagen van het leren van volwassenen in ons onderwijs en in onze opleiding, dan bieden we efficiënt onderwijs, een goede opleiding. Het is niet voor niets dat we onze opleiding op de werkvloer laten plaatsvinden. Daar leren we volgens de grondslagen van het leren van volwassenen, en dat is vele malen effectiever, en leidt aantoonbaar betere dokters op, dan wanneer ze alleen maar kennis vergaren en dan los gelaten worden.[5;8]

Als u *actief* betrokken bent bij het onderwijs is de kans veel groter dat u er iets van onthoudt dan wanneer u passief luistert. Het is niet voor niets dat ik u actief betrek bij deze lezing. U mag stemmen, ik vroeg u om te overleggen met uw buurman. En met een reden. Onderzoek heeft getoond dat er van een didactische lezing (ik vertel, u luistert) niet meer dan 10% blijft hangen.[9] Ofwel: 90% van wat ik u vertel gaat het ene oor in, en het andere weer uit.

Onderwijs dient ook *relevant* te zijn voor de doelgroep. Voor chirurgen is een gedegen kennis van de anatomie cruciaal. Maar waarom zou een dermatoloog of

psychiater dit moeten leren? Wat heb ik aan een expert die uitvoerig vertelt over de behandeling van een ziekte die zo zeldzaam is dat ik hem de komende tien jaar waarschijnlijk nooit meer zal zien? Ik ben in mijn studie en opleiding vaak in aanraking gekomen met dergelijke irrelevante kennis en vaardigheden: ik weet er niets meer van. En terecht. Waarom zouden we onze tijd verspillen aan het verwerven van competenties die we nooit meer zullen toepassen?

Het belang van goede *doelen* heb ik u al geïllustreerd. Ik wil nog wel graag even stilstaan bij het belang van goede *feedback*.

Feedback is het terugkijken op hoe een leerling iets gedaan heeft, met als doel dat zij het de volgende keer beter of nog beter doet. Feedback is absoluut cruciaal bij het leren.[10] Als we iets nieuws doen wat we spannend vinden dan zijn we er onzeker over. Het is buitengewoon inspirerend en stimulerend om dan te horen te krijgen wat we goed hebben gedaan zodat we dat kunnen vasthouden.[11] En omgekeerd: als we niet leren inzien wat we fout doen, hoe kunnen we dan van onze fouten leren? Let wel: u hoort me niet zeggen dat het belangrijk is om te horen DAT we het goed, of niet goed hebben gedaan. Het gaat er om te horen WAT we goed of fout hebben gedaan, en liefst allebei. Er zijn in elke prestatie elementen te benoemen die goed gingen, en dingen die beter kunnen. Een tweede cruciaal punt bij feedback is dat het geen eenrichtingsverkeer is, geen monoloog, maar een dialoog. Het gaat niet alleen om de mening van de opleider, maar ook om die van de aios zelf. De meeste aios zijn uitstekend in staat om terug te kijken op hun eigen prestatie. Reflectie dus. Ze kunnen doorgaans ook heel goed verbeterpunten benoemen. Vaak moeten ze wel wat geholpen worden bij het benoemen van wat er wèl goed ging. De meeste aios leggen de lat hoog, en zijn niet gauw tevreden. Dat is op zichzelf een goede zaak maar het benoemen van wat er goed ging is óók belangrijk – het vergroot het zelfvertrouwen, en maakt de aios ontvankelijk voor opbouwende kritiek.

Dit tweerichtingsverkeer doet recht aan een van de grondslagen van het leren van volwassenen, namelijk actief betrokken zijn.

Tenslotte werkt feedback het beste als het opbouwend, constructief, veilig gegeven wordt.[12] Geen afblaffen dus, zoals u ziet bij Grey's Anatomy of House, geen *teaching by humiliation*, zoals artsen van mijn generatie vaak hebben meegemaakt, en dat – helaas – nog steeds bestaat.[13]

Vrijwel elke dokter geeft dagelijks feedback aan aios, verpleegkundigen, medewerkers, aan patiënten. Toch hoorde het aanleren en oefenen van deze cruciale vaardigheid nooit tot de medische opleiding. Een witte vlek dus. Er bleken er meer te zijn. Daarvoor moeten we een uitstapje maken naar Canada.

CanMeds 2000: de competenties van de arts van morgen

Vlak voor de milleniumwisseling vroeg men zich in Canada af of de artsenopleiding nog wel up-to-date was. De maatschappij veranderde, ziektebeelden veranderden, patiënten veranderden. Die afweging werd op verschillende plekken in de wereld gemaakt, maar het mooie aan het proces in Canada was dat deze analyse niet alleen op de universiteiten gemaakt werd, maar dat men het breder trok. Ook afgestudeerde artsen werden betrokken bij dit proces om te definiëren wat de arts van morgen allemaal moest leren. Verpleegkundigen, patiënten, beleidsmakers: iedereen mocht zijn mening geven. Het resultaat was even indrukwekkend als duidelijk, en staat bekend als CanMeds.[14] Ik schets u de resultaten van dit baanbrekende werk dat aan de basis heeft gestaan van de modernisering van de specialistische opleidingen in ons land.[15]

De samenleving verwacht *meer* van haar dokters dan medische kennis alleen. Die **medische kennis** staat nog steeds centraal: dat is wat ons onderscheidt van andere professionals. Maar het is niet genoeg. Een dokter moet niet alleen maar vaardig

zijn, en slim, en veel weten. Dat alleen maakt nog geen goede dokter. In de Verenigde Staten bleken de studenten met de beste cijfers op hun tentamens de grootste kans te hebben voortijdig te stoppen met hun vervolgopleiding. Studenten die aan teamsport doen, ook al hebben ze minder goede cijfers, ronden uiteindelijk wel bijna allemaal de opleiding tot specialist succesvol af.[16]

Naast die medische kennis is aandacht voor zes andere competentiegebieden nodig om een goede dokter te worden. Drie van die competenties wil ik beknopt met u bespreken, drie wat uitgebreider.

Laat ik beginnen met het **professioneel gedrag**. Als een arts jonge dokters opleidt, dan letten die leerlingen op *alles* wat we doen. We zijn dus in ons professioneel gedrag een rolmodel. Dat uit zich in tamelijk banale dingen – zo valt het me telkens weer op dat een jonge collega die zijn opleiding tot chirurg begint in no-time het gedrag van zijn omgeving imiteert: witte klompen, zelfbewuste tred. Maar het zit ook in belangrijker dingen: hoe bewaken we de balans tussen werk en privé? Hoe gaan we om met onze patiënten? Zijn we netjes, en respectvol, of bot en onbehouwen? Dat gedrag gaat copy-paste over op onze leerlingen. Professioneel gedrag, dus. Rolmodel.[17]

De meeste dokters hebben een zekere afkeer van managers, en van **organisatie en management** in het algemeen. “Laten de managers het nu gewoon goed voor ons regelen, dan kunnen wij ons vak uitoefenen”, hoor je vaak zeggen. Toch worden organisatie en management tot de competenties van de dokter van de toekomst gerekend. Elke dokter is immers zelf verantwoordelijk voor de organisatie van zijn of haar eigen spreekuur. Nummer een van de ergernissen van patiënten: uitlopende spreekuren, en niet weten hoe lang het uitloopt. Patiënten hebben behoefte aan

duidelijkheid over wachttijden op de poli. En het is de verantwoordelijkheid van de dokter om die te bieden.

En dan **maatschappelijk handelen**. Preventie van ziekte is decennialang een ondergeschoven kindje in de opleiding geweest. We werden opgeleid om zieke mensen te genezen, niet om ziekte te voorkomen. Ook dat is, gelukkig, aan het veranderen. Preventie is inmiddels een cruciaal onderdeel van het vak van medisch specialist geworden. Dat valt onder maatschappelijk handelen. De maatschappij verwacht van haar dokters dat ze zich gedragen naar de kennis over preventie, en dat actief uitdragen. Dat ze bewegen en op hun gewicht letten bijvoorbeeld. Dat ze niet roken. Maar ook: dat ze de juiste balans weten te vinden tussen de allerbeste zorg voor elke patiënt enerzijds, en het doelmatig gebruiken van de beperkte middelen die er voor de totale zorg beschikbaar zijn anderzijds.

Ik noemde deze drie competenties eerst omdat ze wat minder voor de hand liggen dan de overige drie waar ik nu wat uitgebreider over kom te spreken.

Iedereen die ooit patiënt is geweest heeft ervaren hoe belangrijk **communicatie** van de dokter is. We verwachten van onze artsen dat ze goed en respectvol communiceren met hun patiënten. Dokters communiceren elke dag de hele dag. Met patiënten, verpleging, andere medewerkers, met het management. Dit is een absolute kerncompetentie. En toch kent iedereen de voorbeelden van horkerige dokters, die niet communiceren, of niet goed. Die onbehouwen zijn, bot. Vrijwel alle klachten van patiënten, en de grote meerderheid van medische tuchtzaken gaan *niet* over medisch onvermogen, gebrek aan medische kennis, maar over gebrekkige communicatie.[18]

Aan de andere kant: dokters die zich verdiepen in medische communicatie, die deze kerncompetentie trainen, oefenen, die worden er aantoonbaar beter in.[19] En dat

levert indrukwekkende resultaten op die uitvoerig onderzocht en inspirerend beschreven zijn. Het is een feest om je daarin te verdiepen – een boeiende en serieuze tak van wetenschap waar elke dokter, en dus ook elke dokter in opleiding, zijn voordeel mee kan doen. Ik noem u twee voorbeelden.

- Dokters die hun patiënten de ruimte geven om hun eigen verhaal te doen krijgen meer relevante informatie te horen dan dokters die een ziektegerichte anamnese afnemen met voorgeprogrammeerde gesloten vragen.[20]
- Het verhelderen van de hulpvraag van de patiënt (wat kan ik voor u doen, wat zit u dwars aan uw klacht, waar wilt u over praten) levert een grotere patiënttevredenheid op dan een ziektegerichte anamnese alleen, en kost niet meer tijd. Bovendien is aangetoond dat een dergelijke manier van anamnese afnemen leidt tot betere uitkomsten, bijvoorbeeld bij patiënten met hoofdpijn, diabetes en hypertensie.[21;22]

Ik ben er van overtuigd dat we een enorme winst kunnen boeken in de kwaliteit van de opleiding van onze medisch specialisten als we ze net zo serieus opleiden in communicatie als in medische kennis. Veel specialismen, onder andere de heelkunde, stellen dan ook een communicatiecursus voor hun aios verplicht. Dat is een goede zaak, maar het is niet voldoende. Communicatie is een competentie, een integratie dus van kennis, vaardigheden en gedrag. Dat vraagt dus niet alleen om kennis, niet alleen om een eenmalige cursus in communicatieve vaardigheden, maar om oefenen, oefenen, oefenen, en om het jezelf eigen maken van dat gedrag. Huisartsen hebben dit in hun opleiding eerder ingezien en beter ingebouwd dan medisch specialisten. Als er een competentie is die dagelijks geoefend dient te worden naast medische kennis, dan is het communicatie. En daarin hebben wij, als medisch specialisten, nog een grote inhaalslag te maken.

Net zo vanzelfsprekend is de competentie **kennis en wetenschap**. Daar hoort trouwens ook onderwijs bij. Het gaat er niet alleen om dat we medische kennis *hebben*, maar ook dat we die up-to-date houden, verder ontwikkelen. Elke dokter dient zich dus bij te scholen, dat is in herregistratie-eisen gelukkig goed verankerd. Helaas wordt alleen de aanwezigheid getoetst, niet wat er geleerd is.

Bovendien is het is verbijsterend om te constateren dat bij- en nascholing voor dokters meestal bestaat uit een aaneenschakeling van lezingen. Gaap. Veel minder resultaat dan nascholing waar de deelnemer een actieve rol heeft, in werkgroepen bijvoorbeeld.[9] Huisartsennascholing wordt al sinds jaren zo vorm gegeven, en terecht! Dit principe begint nu ook heel voorzichtig in specialistenland door te dringen. Ik ben er trots op dat ik samen met mijn collega's Károly Illy en Bart Rottier komend jaar voor de 7^e keer de Winterklas organiseer, een nascholingscursus voor kinderartsen zonder ook maar één lezing – het programma bestaat uitsluitend uit workshops. Ik zal deze vorm van nascholing krachtig stimuleren, ook voor andere specialisten in de regio.

De ultieme vormen van actieve nascholing zijn zelf onderwijs geven en zelf onderzoek doen. Als je over een bepaald onderwerp zelf onderwijs geeft of onderzoek doet, dan *moet* je jezelf wel verdiepen in de literatuur over dat onderwerp, dan moet je er over nadenken voordat je überhaupt kunt beginnen. Je moet de stof op hoog niveau beheersen, overzicht hebben, verbanden zien. Voorbereid zijn op vragen. Ik heb de afgelopen tien jaar tenminste net zoveel geleerd van het geven van onderwijs en nascholing dan van het volgen er van.

Onderzoek levert altijd verrassingen op, onverwachte bevindingen: alweer een reden om na te denken, om actief bezig te zijn. En tenslotte moet je het ook nog verkopen, publiceren, presenteren. Communicatie dus. We hebben het dus over integratie van verschillende competenties. En nog actief en relevant ook. Kortom: zelf onderwijs

geven en onderzoek doen is een prachtige manier om bij te leren die recht doet aan de grondslagen van het leren van volwassenen, en verdient dus een belangrijke plek in de opleiding van de dokters van de toekomst.

Even een misverstandje uit de weg ruimen. Onderzoek hoort niet alleen thuis in academische ziekenhuizen. In academische ziekenhuizen komen andere patiënten dan in algemene ziekenhuizen. Niet alleen verzamelen zeldzame, bijzondere en ernstige ziekten zich in academische ziekenhuizen, ook gedragen veel voorkomende ziektebeelden zich anders in een academisch dan in een algemeen ziekenhuis. Een patiënt met een hartinfarct in een algemeen ziekenhuis is veel waarschijnlijker een “gewone”, gemiddelde patiënt; die in een academisch ziekenhuis heeft waarschijnlijk iets bijzonders waardoor hij of zij is doorverwezen. Zou je nu alleen maar onderzoek doen in academische ziekenhuizen, dan krijg je dus alleen maar onderzoeksgegevens over die bijzondere gevallen, en niet over de gewone gevallen in de algemene ziekenhuizen.

Baanbrekend, Nobelprijs-winnend onderzoek? Graag in de academie. Maar onderzoek naar dagelijkse patiënten met gewone ziektebeelden (astma, hartinfarct, diabetes, gebroken benen)? Dat moet in ieder geval *ook* in algemene ziekenhuizen plaatsvinden. Ik ben er trots op te werken in een algemeen ziekenhuis waar dit belang erkend wordt, waar veel onderzoek gedaan wordt. Dat is niet bedreigend voor het onderzoek in academische ziekenhuizen: de vormen van onderzoek zijn immers complementair. Ze vullen elkaar aan. Ieder zijn eigen ding. Liefst niet geïsoleerd, maar geïntegreerd. En dat brengt me op de laatste kerncompetentie: **samenwerken**.

Samenwerken doen we ook elke dag. Geneeskunde is teamwork. We werken samen met collega's uit hetzelfde vak, al dan niet in opleiding, collega's uit andere specialismen. Huisartsen met specialisten en vice versa. We werken samen met verpleegkundigen, paramedici, gedragswetenschappers. En last but not least: we

werken samen met onze patiënten. Ja, u hoort het goed, we werken *samen*. Net als opleiding is patiëntenzorg geen eenrichtingsverkeer, geen monoloog, maar een dialoog. De voordelen van goed samenwerken zijn legio. Ze zijn goed onderzocht, goed onderbouwd, goed te begrijpen. Ze zijn overtuigend genoeg om geïntegreerd te worden in ons werk, om een centrale plek te krijgen in onze opleiding. Opnieuw geef ik u twee voorbeelden.

- Samenwerking met verpleging, door het gezamenlijk vaststellen van *doelen* in de zorg voor een individuele patiënt voor die dag (wat willen we deze dag bij deze patiënt bereiken, en hoe gaan we dat doen) verkort de opnameduur aanzienlijk[23;24]
- Samenwerking in de opleiding geeft onze dokters in opleiding het gevoel van waardering en erkenning. Als een aios het idee heeft dat zij meer *geeft* in de opleiding dan dat zij terug krijgt, dan is de kans op burnout groter dan wanneer opleider en aios samenwerken op basis van wederkerigheid[25]

En dan nu: de praktijk

Dames en heren, in het voorafgaande heb ik u geschetst waarom we de overstap hebben gemaakt van leren op basis van kennis naar het competentiegerichte opleiden, en welke zes competenties naast medische inhoud de goede dokter definiëren. Hoe gaan we deze zaken nu borgen in de opleiding van onze specialisten van de toekomst? Hoe werken we dit uit in een goed, aansprekend en effectief opleidingsprogramma?

Docentprofessionalisering

Eerst de opleiders. Ik hoop dat het voor u net zo vanzelfsprekend is als voor mij dat opleiden een vak is. Een competentie. Opleiden doe je er niet zomaar even bij, ook daarin moet de opleider getraind worden, zou je zeggen. Nieuwe kennis opdoen, deze integreren met vaardigheden en gedrag. Oefenen. Nascholen. Trainen.

Pas de laatste jaren wordt dit belang erkend in de herziene opleidingseisen voor specialisten. Toch worden in vrijwel geen enkel opleidingsplan duidelijke eisen gesteld aan de didactische vaardigheden van opleiders. Dat is in de huisartsgeneeskunde anders, en terecht. Huisarts-opleiders worden didactisch getraind en daarna bijgeschoold en geaccrediteerd. Als we de opleiding van de medisch specialisten van de toekomst serieus nemen, dan dienen we ook de opleiding van de opleiders serieus te nemen. Dat vraagt niet alleen om cursussen zoals *Teach the Teachers of Teaching on the Run*, waarin didactische vaardigheden getraind worden, maar ook om onderhoud. Elke arts die andere artsen opleidt zou zich aantoonbaar en accreditbaar moeten bijscholen op didactisch gebied om opleider te kunnen blijven. Deze *docentprofessionalisering* vormt een belangrijk onderdeel van mijn leeropdracht. Ik zal mij inzetten voor een accreditatiesysteem voor didactische vaardigheden van opleiders.

Structuur

Een effectieve opleiding vraagt om structuur. Elke dag dient de aios te kunnen leren, en het is de taak van de opleider om dit te faciliteren. In het begin van deze oratie heb ik u gewezen op het belang van goede leerdoelen. Als de aios weet wat zij wil leren kunnen de activiteiten van die aios zo gepland worden dat zij haar leerdoelen kan halen. Voortgangsgesprekken in de opleiding dienen dus stil te staan bij waar de aios vandaan komt (wat heb ik bereikt, welke leerdoelen gehaald), waar de aios nu staat (reflectie: hoe functioneer ik op elk van de zeven kerncompetenties), en waar de aios naar toegaat (leerdoelen voor de komende periode, SMART omschreven). Het succes van dergelijke gesprekken staat of valt bij een gedegen voorbereiding. Een hapsnap gesprekje (“Oh ja, da’s waar ook, we hadden vandaag een voortgangsgesprek”), zoals ze zo vaak voorkomen, voldoet niet aan die eis. Wij hebben daarom de gewoonte ontwikkeld om de aios voor een voortgangsgesprek aan de hand van een formulier terug te laten kijken op de afgelopen periode,

waardoor ze analyseert waar ze nu staat op alle competentiegebieden, en leerdoelen formuleert voor de komende periode. Als we dat, net als bij feedback, aanvullen met “wat gaat er goed, wat kan er beter” uit de omgeving van de aios (dus informatie vanuit de opleidersgroep, maar ook vanuit verpleging en secretariaat bijvoorbeeld) dan is de basis gelegd voor een vruchtbaar voortgangsgesprek. Dit is slechts één voorbeeld van het belang van structuur in de opleiding. Herkenbare en duidelijke opbouw van de opleiding, stages en modules gericht op het verwerven van SMART omschreven leerdoelen, dat draagt bij aan het opleiden van goede dokters. En het is in ieder geval leuker, aansprekender en respectvoller dan de aios gebruiken als vliegende keep om gaten in het rooster van de afdeling op te vullen. We zullen dus toe moeten naar een structuur van de opleiding waarin *opleiden* centraal staat, en niet productie, of het bedrijf draaiend houden. Dat vraagt om grote aanpassingen in de organisatie van de zorg, zowel in academische als in algemene opleidingsziekenhuizen. Het dagelijkse werk op de afdeling zal voor een deel door andere functionarissen gedaan moeten worden dan door aios. Een begin hiermee is reeds gemaakt door de inzet van *nurse practitioners* en *physician assistants* op verschillende plekken, onder andere op onze kinderafdeling in Zwolle. Ik denk dat dat een goede ontwikkeling is, zowel voor de kwaliteit van de patiëntenzorg, als voor de opleiding van medisch specialisten.

Leerklimaat

We spraken al over het belang van het *leerklimaat*. Feedback werkt het beste als het veilig gegeven wordt, opbouwend, constructief. In een veilig leerklimaat dus. Aios hebben minder kans op burnout als ze hun relatie met hun opleider als wederkerig beschouwen. Het ligt voor de hand dat mensen zich het beste kunnen ontplooiën, het beste kunnen leren, het beste kunnen worden opgeleid, als ze zich veilig voelen.[12;26] Als ze fouten mogen maken en daarvan mogen leren.

Dit is weer een goed doel, maar ook weer niet. Het is immers niet SMART. Wat we moeten leren is het WAT en het HOE: wat kan een opleider doen om het leerklimaat veilig te maken, en hoe kan hij dat het beste doen? Deze fascinerende vragen vormen het onderwerp van het promotieonderzoek van Anja Karg dat ik samen met Janke Cohen van het Centrum voor Innovatie en Ontwikkeling van het Medisch Onderwijs en met Peter Boendermaker van het Wenckebach Instituut begeleid. We weten er nu nog veel te weinig van. Het is wel opvallend dat aios, gemiddeld genomen, het leerklimaat in algemene ziekenhuizen als plezieriger en veiliger ervaren dan dat in academische ziekenhuizen.[27] Dat werpt vooral de vraag op: hoe kan dat? Welke eigenschappen maken een opleidingsafdeling een veilige, een plezierige? Het geeft ook het belang aan van samenwerking tussen academische en algemene opleidingsziekenhuizen. We kunnen van elkaar leren.

Het UMCG is in 2006 uitgeroepen tot het beste leerbedrijf in de zorgsector. Dat is het resultaat van jarenlange investeringen in onderwijs en opleiding. Als het UMCG deze expertise deelt met de andere opleidingshuizen in de regio is dat goed voor de kwaliteit van de opleiding en van de zorg in de regio.

Maar het omgekeerde is ook waar. Verschillende voorbeelden van goed opleiden komen uit algemene ziekenhuizen, onder andere in deze regio. Ik geef u weer twee voorbeelden.

- De orthopeden in de Isala klinieken in Zwolle registreren een keer per jaar consulten op de poli op video, zowel die van aios als die van specialisten. Deze worden collectief bekeken door de aios en de opleiders; onder leiding van een gedragswetenschapper wordt er gereflecteerd op de communicatie tijdens het consult. Aios en opleiders geven elkaar feedback. Een fenomenaal initiatief dat brede navolging verdient.

- De chirurgen in het MCL in Leeuwarden hebben een speciaal spreekuur ingericht waar zij hun aios kunnen observeren tijdens hun polikliniek-activiteiten, en hen daar gerichte feedback op kunnen geven.

Als ik mij de komende jaren zal bezighouden met docentprofessionalisering in de regio Noord-Oost Nederland zal ik dan ook nadrukkelijk inventariseren welke initiatieven er overal in de regio al genomen zijn, en willen luisteren naar de wensen van de opleiders. En niet claimen dat er iemand is, of een instituut, dat inzake opleiden de wijsheid in pacht heeft. *Bottom up* dus, en niet *top down*. Samenwerken.

Verandering

Vorig jaar ben ik in Australië geweest, op een sabbatsverlof. Heel verfrissend vond ik het om te constateren dat men daar het onderscheid niet kent tussen academische en algemene ziekenhuizen, zoals wij in ons land hebben. In plaats daarvan maakt men onderscheid tussen *care hospitals*, ziekenhuizen waar de zorg centraal staat, en *teaching hospitals*, ziekenhuizen waar onderwijs gegeven wordt. Onderwijs en opleiden als kerntaak dus.

Ook in deze regio, Noord-Oost Nederland, kennen we inmiddels *teaching hospitals*. Ere wie ere toekomt: het UMCG is het grootste. Maar niet het enige. Veel co-assistenten en aios worden opgeleid in de *teaching hospitals* van bijvoorbeeld Leeuwarden, Enschede en Zwolle. Ik noemde u al eerder dat het leerklimaat in die algemene opleidingsziekenhuizen door de aios gemiddeld hoger gewaardeerd wordt dan dat in academische ziekenhuizen.[9] Het UMCG kan dus leren van de algemene *teaching hospitals* hoe het opleidingsklimaat geoptimaliseerd kan worden. Daarvoor is samenwerking nodig, gebaseerd op wederzijds vertrouwen en respect.

Volgens de huidige wet- en regelgeving hebben de UMC's een regiefunctie bij de medische vervolgopleiding. Opleidingen worden vanuit het UMC gecoördineerd; de algemene opleidingsziekenhuizen hebben vooral een volgende rol.[28] Ik ben van

mening dat die manier van werken in ieder geval heroverwogen zou moeten worden. In mijn overtuiging hoort de regie over de medisch-specialistische vervolgopleiding thuis bij medisch specialisten die opleiden als een kerntaak zien, of ze nu in het UMC werken of in een algemeen opleidingsziekenhuis.[29] De regierol hoort thuis bij medisch specialisten voor wie opleiden een prioriteit is, niet iets wat ze er bij doen. Die met passie en overtuiging kiezen voor opleiden. Die het opleiden als een vak zien, er actief mee bezig zijn. Ik zal mij in de komende jaren er voor inzetten dat die omslag in het denken over de regierol gemaakt wordt.

De structuur en de financiering van de opleiding, en wellicht die van de zorg zelf, zal dan nadrukkelijk op de schop moeten. Dat zal niet eenvoudig zijn. Grote veranderingen doen altijd pijn. Dat is de afgelopen jaren ook wel gebleken toen alle medisch-specialistische beroepsverenigingen hun opleidingsprogramma herzien hebben, en het competentie-gericht hebben ingevuld. De wetenschap van het veranderen is ook weer een vak op zichzelf, en ik vind het bijzonder leerzaam om een promovendus te begeleiden die onderzoek doet naar het proces van verandering van de manier van opleiden bij kinderartsen en gynecologen. Ik prijs me gelukkig dat ik een bedrijfskundige, Erik Jippes, op dit terrein mag begeleiden, samen met Marjolein Achterkamp en Jo van Engelen van de faculteit bedrijfskunde van de universiteit.

Toetsing

De drie pilaren van het onderwijs zijn doel, middel en toets. Over het goede doel hebben we uitgebreid gesproken. Het middel was deze oratie. Wat nog ontbreekt is de toets. Aan het begin sprak ik de verwachting uit dat u een gewogen oordeel zou kunnen vellen over de moderne, competentiegerichte vorm van opleiden. Welnu, u krijgt nu de kans dat oordeel te geven. Neemt u nog één keer uw stemkastjes, en geeft u uw mening over de volgende stelling:

*Het is een goede zaak dat medisch-specialistische vervolgopleidingen
competentieverricht worden opgebouwd.*

Dank u wel.

Meneer de rector, dames en heren,

Hoewel de opleiding tot medisch specialist de afgelopen jaren een grote ontwikkeling heeft doorgemaakt is er nog veel werk te doen. Ik verheug me er op daar een bijdrage aan te kunnen leveren. Dat ik dat kan doen naast mijn werk als kinderarts in Zwolle dank ik aan een fantastische groep collega's op de Amalia kinderafdeling die mij de ruimte geven om mezelf te ontplooien omdat we die ontplooiing voor iedereen belangrijk vinden. Mijn thuisfront biedt me steun, relativering en liefde; de dankbaarheid daarvoor is in geen woorden uit te drukken.

Het getuigt van moed en van inzicht van deze universiteit om een specialist uit een algemeen ziekenhuis te benoemen tot hoogleraar klinisch onderwijs. Uit mijn woorden is hopelijk gebleken dat ik stellingname op en discussie over dit onderwerp niet schuw. Er zijn stevige noten te kraken. Maar het doel heiligt de middelen. We hebben het immers over de opleiding van medisch specialisten. De toekomst van de medisch-specialistische zorg in ziekenhuizen in ons land. Dat is het goede doel.

Ik heb gezegd.

Literatuur

- (1) Lake FR, Ryan G. Teaching on the run tips 12: planning for learning during clinical attachments. *Med J Aust* 2006; 184:238-9.
- (2) Epstein RM, Hundert EM. Defining and assessing professional competence. *JAMA* 2002; 287:226-35.
- (3) McLeod PJ, Steinert Y, Meagher T, McLeod A. The ABCs of pedagogy for clinical teachers. *Med Educ* 2003; 37:638-44.
- (4) Williams G, Lau A. Reform of undergraduate medical teaching in the United Kingdom: a triumph of evangelism over common sense. *BMJ* 2004; 329:92-4.
- (5) Ramani S, Leinster S. AMEE Guide no. 34: Teaching in the clinical environment. *Med Teach* 2008; 30:347-64.
- (6) Lake FR. Teaching on the run tips: doctors as teachers. *Med J Aust* 2004; 180:415-6.
- (7) Teunissen PW, Boor K, Scherpbier AJ, van der Vleuten CP, Diemen-Steen Voorde JA, van Luijk SJ, Scheele F. Attending doctors' perspectives on how residents learn. *Med Educ* 2007; 41:1050-8.
- (8) Teunissen PW, Scheele F, Scherpbier AJ, van der Vleuten CP, Boor K, van Luijk SJ, Diemen-Steen Voorde JA. How residents learn: qualitative evidence for the pivotal role of clinical activities. *Med Educ* 2007; 41:763-70.
- (9) Davis D, O'Brien MA, Freemantle N, Wolf FM, Mazmanian P, Taylor-Vaisey A. Impact of formal continuing medical education: do conferences, workshops, rounds, and other traditional continuing education activities change physician behavior or health care outcomes? *JAMA* 1999; 282:867-74.
- (10) Hewson MG, Little ML. Giving feedback in medical education: verification of recommended techniques. *J Gen Intern Med* 1998; 13:111-6.
- (11) Kluger AN, DeNisi A. The effects of feedback interventions on performance: a historical review, a meta-analysis, and a preliminary feedback intervention theory. *Psychol Bull* 1996; 119:254-84.
- (12) Busari JO, Weggelaar NM, Knottnerus AC, Greidanus PM, Scherpbier AJ. How medical residents perceive the quality of supervision provided by attending doctors in the clinical setting. *Med Educ* 2005; 39:696-703.
- (13) Reilly BM. Inconvenient truths about effective clinical teaching. *Lancet* 2007; 370:705-11.
- (14) CanMEDS 2000: Extract from the CanMEDS 2000 Project Societal Needs Working Group Report. *Med Teach* 2000; 22:549-54.
- (15) Scheele F, Teunissen P, Luijk SV, Heineman E, Fluit L, Mulder H, Meininger A, Wijnen-Meijer M, Glas G, Sluiter H, Hummel T. Introducing competency-based postgraduate medical education in the Netherlands. *Med Teach* 2008; 30:248-53.
- (16) Naylor RA, Reisch JS, Valentine RJ. Factors related to attrition in surgery residency based on application data. *Arch Surg* 2008; 143:647-51.

- (17) Irby DM, Papadakis M. Does good clinical teaching really make a difference? *Am J Med* 2001; 110:231-2.
- (18) Festen HPM, Broek HMLvd, Deijne MWCv, Netten PM. Leerzame openheid. *Med Contact* 2008; 63:1176-9.
- (19) Bensing J. Doctor-patient communication and the quality of care. *Soc Sci Med* 1991; 32:1301-10.
- (20) Evans BJ, Stanley RO, Mestrovic R, Rose L. Effects of communication skills training on students' diagnostic efficiency. *Med Educ* 1991; 25:517-26.
- (21) The Headache Study Group of the University of Western Ontario. Predictors of outcome in headache patients presenting to family physicians - a one year prospective study. *Headache* 1986; 26:285-94.
- (22) Joos SK, Hickam DH, Gordon GH, Baker LH. Effects of a physician communication intervention on patient care outcomes. *J Gen Intern Med* 1996; 11:147-55.
- (23) Pronovost P, Berenholtz S, Dorman T, Lipsett PA, Simmonds T, Haraden C. Improving communication in the ICU using daily goals. *J Crit Care* 2003; 18:71-5.
- (24) Gittell JH, Fairfield KM, Bierbaum B, Head W, Jackson R, Kelly M, Laskin R, Lipson S, Siliski J, Thornhill T, Zuckerman J. Impact of relational coordination on quality of care, postoperative pain and functioning, and length of stay: a nine-hospital study of surgical patients. *Med Care* 2000; 38:807-19.
- (25) Prins JT, Gazendam-Donofrio SM, Dillingh GS, van de Wiel HBM, van der Heijden FMMA, Hoekstra-Weebers JEHM. The relationship between reciprocity and burnout in Dutch medical residents. *Med Educ* 2008; 42:721-8.
- (26) Lloyd BW, Becker D. Paediatric specialist registrars' views of educational supervision and how it can be improved: a questionnaire study. *J R Soc Med* 2007; 100:375-8.
- (27) Bruijn M, Busari JO, Wolf BH. Quality of clinical supervision as perceived by specialist registrars in a university and district teaching hospital. *Med Educ* 2006; 40:1002-8.
- (28) Jaspers FGA. De universitaire medische centra hebben het primaat bij de opleiding van specialisten. *Ned Tijdschr Geneeskd* 2006; 150:1470.
- (29) Briët JW. Niet langer behoren de universitaire medische centra het primaat te hebben bij de opleiding van specialisten. *Ned Tijdschr Geneeskd* 2006; 150:1471.