

NVMO Congres 2018

**15 en 16 november
Hotel Zuiderduin
Egmond aan zee**

Woord vooraf

Namens de congrescommissie heet ik u van harte welkom op het congres van de Nederlandse Vereniging voor Medisch Onderwijs (NVMO) op 15 en 16 november 2018 in Hotel Zuiderduin in Egmond aan Zee.

'Professionele ontwikkeling: jong geleerd, oud gedaan' is het centrale thema van het NVMO congres 2018. Iedereen, jong en oud, ontwikkelt zich, leert bij, of leert misschien zelfs af. Soms verloopt de ontwikkeling zoals verwacht, soms gaat het gepaard met horten en stoten, en soms is er sprake van een steile leercurve.

Professionele ontwikkeling is een breed thema en de onderwerpen van de hoofdlezingen zijn dan ook breed gekozen. Waar het in de lezingen om draait is hoe we iemand tot een goede professional kunnen opleiden en hoe je zelf een goede professional kunt blijven.

In de media lezen we tegenwoordig vaak over burn-out en iedereen kent wel iemand die burn-out is geraakt of heeft hier zelf mee te maken gehad. Studenten lijken meer dan vroeger onder druk te staan. Neuropsycholoog dr. Elke Geraerts zal een lezing verzorgen over hoe we mentaal vitaal kunnen blijven. Ze heeft onder andere twee boeken over dit onderwerp geschreven. In haar lezing '*Mentaal kapitaal*' zal ze vertellen hoe u uw mentale veerkracht kunt vergroten. U hebt daarna 48 uur tijdens het congres om de tips uit haar lezing in praktijk te brengen!

Na de lunch zal prof. dr. Pim Teunissen een bijzondere Perspectives in Medical Education lezing verzorgen waarin veel ruimte is voor interactie. Zijn lezing is getiteld: *Laveren tussen regels en ruimte*. Aan de ene kant lijken er steeds meer regels en richtlijnen bij te komen en aan de andere kant willen we bij de opleiding van onze studenten flexibiliteit betrachten om iedereen zich te laten ontwikkelen tot een vitale professional. Waar vinden we de balans?

Vrijdag starten we met een lezing over professioneel gedrag. Wat kunnen we als opleiding doen wanneer studenten grenzen overschrijden en niet-professioneel gedrag vertonen?

Hoe voorkomen we dat studenten nogmaals over de schreef gaan? Prof. Arianne Teherani van de University of California San Francisco (UCSF) praat ons 's ochtends bij over de geschiedenis, het heden en de toekomst van professioneel gedrag.

Hoewel je een stel goed functionerende professionals bij elkaar kunt zetten, betekent dat niet dat zij als team fantastisch functioneren. Wat heb je nodig om als team professioneel te functioneren? Wat kan er mis gaan, waar ligt dat aan en wat kun je als team doen om beter te presteren? Daarover gaat de afsluitende lezing '*Human factors en teampresteren*' van dr. Marck Haerkens, chirurg/vlieger en directeur van Wings of Care. Hij is in 2017 gepromoveerd op het gebied van human factors en teampresteren.

Naast de plenaire lezingen zijn er sessies met (wetenschappelijke) papers, posters, workshops, rondetafelsessies, symposia. Daarmee biedt het NVMO Congres een inspirerende omgeving voor het uitwisselen van innovaties en onderzoeksresultaten op het gebied van onderwijs in de gezondheidszorg. In dit programmaboekje vindt u een overzicht van de titels van de inhoudelijke bijdragen. Op de NVMO-website (www.nvmo.nl) kunt u de volledige abstracts vinden in het abstractboek. U kunt er tevens de congresapp downloaden om zo uw persoonlijke congresprogramma aan te maken. Ook vindt u in deze app de abstracts en de inhoud van dit boekje.

Om bij te praten met collega's en te netwerken kunt u natuurlijk gebruik maken van de befaamde wandelgangen, de pauzes, de lunch, de borrel en het diner (buffet). Wie graag op een luchtige manier zijn of haar kennis wil delen kan meedoen aan de NVMO pubquiz. Voor de feestgangers is er natuurlijk een fantastische band!

We vertrouwen er op een afwisselend programma te hebben gemaakt waar jong en oud nog wat van kan leren.

Namens de NVMO Congrescommissie,

Franciska Koens

Hoofdorganisator NVMO Congres 2018

Amsterdam UMC – VUmc School of Medical Sciences



Sponsoren (per 25-9)

BSL

CODIFIC

Elsevier

Federatie Medisch Specialisten

IAMSE

Koninklijke van Gorcum

Laerdal

Mateum B.V.

Parantion

Wolters Kluwer

DONDERDAG 15 NOVEMBER 2018

08.00-10.00 **ONTVANGST MET KOFFIE EN THEE**

10.00-10.15 **Plenair / Zuiderduinzaal**

10.00-10.15 **Opening congres**

Prof.dr. Fedde Scheele, voorzitter NVMO

drs. Franciska Koens, hoofdorganisator NVMO congres 2018

10.15-11.00 **Hoofdlezing**

Mentaal kapitaal

Elke Geraets, Better Minds at Work, België

Hoe zorg je ervoor dat je brein niet de hele tijd onder druk staat?

Elke Geraets spreekt over het belang van een veerkrachtige organisatie en legt uit hoe je meer grip kan krijgen op de veerkracht en energie van jezelf en je medewerkers.

Elke geeft aan dat het versterken van het brein leidt tot een verhoging van de mentale veerkracht en medewerkers weerbaarder maakt tegen de stressvolle uitdagingen van deze tijd.

Tijdens deze lezing leer je wat de belangrijkste componenten zijn van mentale veerkracht en hoe je de energiebronnen in je organisatie kan detecteren en stimuleren. Deze keynote is niet alleen het perfecte antgif tegen burn-out, maar ook een eyeopener die duidelijk maakt dat investeren in veerkracht leidt tot meer productiviteit en geluk.

Leer op een interactieve wijze meer over hoe je focust, hoe je stressvolle gedachten controleert, en zet je eerste stappen als optimist!

Tijdens een 48-uren uitdaging stimuleert Elke deelnemers om een aantal tips en tricks meteen in de praktijk toe te passen.

11.00-11.30 **WISSELPAUZE MET KOFFIE EN THEE**

12.00-13.15 **Blok A**

EPAs: durven we wel toe te vertrouwen?

Duijn CCMA, Weggemans MM, Welink LS
UMC Utrecht

Thema

Entrustable professional activities (EPAs) worden meer en meer ontwikkeld en gebruikt in verschillende medische opleidingen, zowel in de vervolgopleiding als in de basisopleiding. Zowel studenten als AIOS (lerenden) dienen op de klinische werkvloer hun kennis en vaardigheden te laten zien en de klinische docent/ opleider (supervisor) heeft als taak op de uitvoering gedegen feedback te geven. EPAs geven de supervisors handvatten om de competentieontwikkeling te koppelen aan klinische activiteiten. Dat zou het geven van werkplekbeoordelingen kunnen vergemakkelijken. Tevens geven EPAs handvaten om de ontwikkeling van een lerende te evalueren aan de hand van de mate van supervisie die zij nog nodig hebben, met behulp van een zogenoemde bekwaamverklaring. Voor deze bekwaamverklaringen is vertrouwen essentieel, zowel vertrouwen vanuit supervisor naar lerende als vice versa. Echter, zijn supervisors wel bekwaam in het geven van bekwaamverklaringen? Er zijn beslissingsvariabelen geanalyseerd die docenten houvast zouden kunnen geven tijdens het beoordelen van de lerende. Hoe kunnen we deze variabelen inzetten? En wat is de rol van de lerende hierin?

Doel

De rondetafeldiscussie stimuleert het uitwisselen van ideeën en samen nadenken over de voorwaarden voor het realiseren van bekwaamverklaringen op de klinische werkplek. Hoe worden de bekwaamverklaringen nu gebruikt? Welk onderscheid zit er tussen de adhoc beslissing, de adviesbeslissing en de summatieve beoordeling? Welke rol heeft de klinisch docent in deze bekwaamverklaringen? En hoe kunnen we de supervisors ondersteunen in hun rol als beoordelaar?

Doelgroep

Allen die zich bezighouden met EPAs of klinische docent of supervisor zijn en studenten en/of AIOS beoordelen op de klinische werkplek en die zich willen mengen in de discussie.

Opzet: activiteiten en opbrengst:

We starten de sessie met een korte introductie over de huidige stand van zaken rondom de EPAs. Wat zijn de mogelijkheden van EPAs, welke manieren van beoordelen kennen we en welke beslissingsvariabelen zijn er? Tegen welke uitdagingen loopt men aan bij de implementatie van EPAs? Vervolgens zullen we met de deelnemers verder brainstormen en discussiëren aan de hand van praktijkvoorbeelden om te zien voor welke uitdagingen de klinisch docent staat. Hierbij zullen we steeds specifiek inzoomen op de verschillende personen die een rol hebben op de klinische werkplek en wat hun rol is of zou moeten zijn voor de beoordeling: de supervisor, de lerende, de verpleging en de patiënt. Hoe kunnen we supervisors ondersteunen bij het gebruik van EPAs? Wat betekent het invoeren van EPAs voor de lerende? We zullen eindigen met een lijst van praktische handvatten voor het invoeren van en werken met EPAs voor de verschillende doelgroepen.

Max aantal deelnemers : 40

Trefwoord: Assessment: Workplace-based (on-the-job)assessment, Curriculum: Integration, Curriculum: Outcome/competency-based

Wijze van presentatie: Rondetafelsessie

Opleiden in doelmatigheid; de verborgen lessen van de praktijk.

Stammen LA¹, Stassen LPS², Scheele F³, Stalmeijer R¹

¹Universiteit Maastricht, ²Maastricht UMC, ³VU Amsterdam

Thema

Kennis (over kosten, evidence, en patiëntvoorkeuren), reflectie (bijvoorbeeld op basis van spiegel-data) en een ondersteunende omgeving vormen samen de basis voor het leren van doelmatigheid. Recent onderzoek geeft ons steeds meer inzicht in het belang van deze ondersteunde omgeving.

Afdelingscultuur, taakopvatting en de gewoontes van een afdeling zijn belangrijke factoren die het werkplekleren beïnvloeden. Ook na de opleiding blijken verschillen in kwaliteit van zorg herleidbaar naar opleidingsprogramma's. Naarmate we steeds meer pogingen doen om doelmatigheid in de opleiding te implementeren is het dus van groot belang dat we ook naar de werkplek kijken. De kracht van het 'hidden' curriculum is vele male sterker dan formeel onderwijs, en ook binnen doelmatigheid is er een grote rol weggelegd voor 'verborgen' lessen. Middels deze ronde tafel-sessie willen we een aantal stellingen delen met betrokkenen van de opleiding. Daarnaast willen we ruimte geven aan de discussie over de verantwoordelijkheid van de arts binnen de stijgende zorgkosten en wat de invloed van bepaalde rolmodellen en standpunten zijn op de AIOs en co-assistenten.

Daarnaast vinden wij het belangrijk dat er relatie is tussen wetenschap en praktijk. Onderzoek van onderwijs in het kader van doelmatigheid is nog redelijk beperkt, en kennisvergroting is hard nodig. Wij nodigen deelnemers dan ook van harte uit om input te geven aan onderwijskundig onderzoek binnen het thema van doelmatigheid.

Doel

Het ondersteunen van opleiden in doelmatigheid door het bespreken van standpunten en opvattingen ten aanzien van doelmatige zorg. Vervolgstappen voor onderzoek verkennen met ervaringsdeskundigen.

Doelgroep

opleiders, artsen, aios en co-assistenten.

Opzet: activiteiten en opbrengst

Allereerst is het voor de beoogde doelen van deze ronde tafel sessie belangrijk om de achtergronden van de aanwezigen te inventariseren. Vervolgens gaan we verder met een 5-tal stellingen ten aanzien van het leren van doelmatigheid.

Stelling 1: Doelmatigheid leren is makkelijker voor een generalist dan een orgaanspecialist.

Stelling 2: Zonder een duidelijk beeld van wat 'doelmatigheid' in de praktijk is, is het opleiden in doelmatigheid niet haalbaar.

Stelling 3: In het kader van zelfgestuurd leren is het aan de AIOs om te bepalen of doelmatigheid een speerpunt is.

Stelling 4: Het tuchtrecht beloont ondoelmatigheid.

Stelling 5: Doelmatigheid introduceren kan het beste al tijdens de coschappen

Algemene standpunten/argumenten zullen aan het einde van elke discussie kort worden samengevat en toegelicht worden met informatie uit onderzoeken over dit thema. Wij nodigen deelnemers graag uit om een gezamenlijke onderzoeks-agenda op te stellen gestuurd uit de behoeftes van de praktijk. De sessie zal beëindigd worden met een korte evaluatie.

Max aantal deelnemers: 25

Trefwoord: Medical education: General, Learning outcomes: Professionalism / attitude / ethics, Learning outcomes: Reflection / Critical thinking / decision-making / clinical reasoning

Wijze van presentatie: Rondetafelsessie

Het Iudicium Abeundi: hoe wordt het een werkzaam instrument?

Mak-van der Vossen MC¹, Klumpers UMH¹, Boogerman AEM¹, Teherani A², Mook WNKA van³, Kusurkar RA¹, Croiset G⁴, Koens F¹

¹Amsterdam UMC, loc. VUmc, ²UCSF, ³MUMC+, ⁴UMC Groningen

Thema

Sinds 2010 is het mogelijk om de inschrijving van studenten tussentijds te beëindigen (Protocol Iudicium Abeundi; NFU, 2010). Een Iudicium Abeundi (IA) (oordeel tot vertrek) kan worden afgegeven bij gedrag of uittalingen van student(en) waaruit blijkt dat zij ongeschikt is/zijn voor de toekomstige beroepsbeoefening of de praktische voorbereiding hiervan. Tot op heden is er slechts twee maal een IA toegepast, eenmaal in het LUMC en eenmaal in het VUmc, terwijl elk van de geneeskundeopleidingen waarschijnlijk minimaal 2-5 studenten heeft die voor een IA in aanmerking komen. Het protocol van de NFU beschrijft een algemene procedure die als handvat kan dienen voor het in gang zetten van een IA. Het wordt aanbevolen om als faculteit een procedure op te stellen die passend is bij de organisatie, maar geneeskundeopleidingen hebben moeite om de aspecten die van belang zijn voor het succesvol aanvragen van een Iudicium Abeundi goed te organiseren. Daarom wordt in deze ronde tafel de totstandkoming van de procedure IA van de VUmc School of Medical Sciences nader toegelicht en bediscussieerd vanuit de perspectieven van de jurist, de remediëringsexpert, de directie van de opleiding, de praktiserend arts en de vervolgopleider. Er wordt aandacht geschonken aan de gremia die bij een IA betrokken zijn, de benodigde regels en richtlijnen, de wijze van dossiervorming, en het inzage-recht van betrokkenen op basis van de Wet Bescherming Persoonsgegevens.

Doel

Verkrijgen van inzicht in de aspecten die van belang zijn om tot een succesvol Iudicium Abeundi te kunnen komen

Doelgroep

Decanen, programmadirecteuren, leden van Examencommissies, examinatoren professionele ontwikkeling en professioneel gedrag, juristen en medewerkers van geneeskundeopleidingen die verantwoordelijk zijn voor de procedures rond de examinering van professioneel gedrag.

Opzet: activiteiten en opbrengst

1. Enkele korte plenaire presentaties met informatie en voorlichting omtrent de procedurele uitwerking van het Iudicium Abeundi op instituutsniveau, en de betekenis daarvan vanuit verschillende perspectieven.
2. Paneldiscussie waarmee de deelnemers de toepasbaarheid van de gepresenteerde procedure voor de eigen opleiding kunnen bepalen.
3. Afsluitende presentatie waarin de opbrengst wordt samengevat.

Referenties

Protocol Iudicium Abeundi, (2010) Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra

Trefwoord: 58. Learning outcomes: Professionalism / attitude / ethics, 68. Medical education: Undergraduate education, 32. Education management: All

Wijze van presentatie: Symposium

Deketelaere AMM, Groenen H
KU Leuven

Thema

Tijdens stage (co-schappen) wordt van stagiairs (co-assistenten) vaak verwacht dat ze in hun e-portfolio als voorbereiding op het begeleidingsgesprek met de stagesupervisor een zelfevaluatie maken ten aanzien van de verschillende Canmedsrollen.

Van stagesupervisors wordt op hun beurt verwacht dat ze schriftelijk feedback geven op deze zelfevaluaties, in combinatie met het houden van een face-to-face begeleidingsgesprek.

In de workshop verkennen we de do's en don'ts bij het geven van deze online feedback.

De workshop is gebaseerd op een opleidingsmodule die aan stagebegeleiders rond dit thema gegeven werd en wil de deelnemers ook inspireren in het ontwerpen van een training voor eigen stagebegeleiders in het geven van kwaliteitsvolle online feedback.

Doel

- De deelnemers hebben een dieper begrip van "feedback" versus "beoordeling" naar finaliteit, inhoud van de narratieve commentaren en verwachte houding van de supervisor en kunnen beide concepten adequaat inzetten.
- De deelnemers kennen het onderscheid tussen "leuke" en "leerzame" feedback, naar finaliteit en kenmerken en kunnen beide vormen van feedback adequaat inzetten.
- De deelnemers vormen zich een mening over de complementariteit van online feedback en face-to-face begeleidingsgesprek, gebaseerd op de voor/en nadelen van beide vormen.
- De deelnemers worden geïnspireerd in het ontwerpen van een trainingsmodule voor eigen stagesupervisors in het geven van kwaliteitsvolle online feedback.

Doelgroep: al wie betrokken is in het geven van online feedback op werkplekleren, hetzij omdat men het zelf doet, hetzij omdat men betrokken is bij de training van stagebegeleiders in het geven van online FB.

Opzet

De focus van de workshop ligt in het expliciteren van de kenmerken van kwaliteitsvolle online feedback, zoals zelf ervaren tijdens een oefening met de deelnemers waarbij ze online feedback geven op een fictieve zelfevaluatie.

Activiteiten

De deelnemers krijgen toegang tot een zelfevaluatie volgens de Canmeds-rollen in een e-portfolio. Ze krijgen de opdracht om als stagesupervisor online feedback te geven. Nadien treden ze in de rol van de stagiair (co-assistent) die deze feedback ontvangt en becommentariëren ze de leerzaamheid ervan. De deelnemers komen hierbij zelf tot een aantal do's en don'ts bij het formuleren van kwaliteitsvolle online feedback. Deze worden plenair besproken en gekoppeld aan inzichten uit de literatuur.

Opbrengst

De deelnemers hebben zowel het proces van online feedback geven als het ontvangen ervan ervaren en kunnen een diepere betekenis geven aan leerzame, kwaliteitsvolle online feedback.

De deelnemers krijgen een format aangeboden om zelf een trainingssessie voor stagesupervisors uit te werken rond kwaliteitsvolle online feedback.

Max aantal deelnemers: 25

opgelet: er wordt gevraagd aan de deelnemers om laptop mee te brengen + internettoegang in het lokaal is noodzakelijk om een online oefening te maken;

Trefwoord: Assessment: Feedback, Assessment: Workplace-based (on-the-job)assessment, Medical education: Undergraduate education

Wijze van presentatie: Workshop

Studenten leren zichzelf sturen met behulp van zelfstudieopdrachten

Spaai GWG¹, Ophelders G², Pas E te¹

¹Amsterdam UMC, loc. AMC, ²Hogeschool Arnhem Nijmegen

Thema

Conform de Dublindescriptoren worden opleidingen geacht bij studenten die leervaardigheden te ontwikkelen die noodzakelijk zijn om een vervolgstudie die een hoog niveau van autonomie vergt, met succes te vervolgen. Met deze vaardigheden zijn studenten tevens in staat blijvend te leren oftewel zijn zij in staat tot life long learning.

Studenten worden geacht in toenemende mate hun leren zelf te sturen. De ontwikkeling van zelfsturing gaat niet vanzelf; het vereist expliciete aandacht zodat de zelfsturing stap voor stap bevorderd wordt (Bolks, & van der Klink, 2011).

Zelfsturing heeft een positief effect op de studiemotivatie (Ryan & Deci, 2000) en faciliteert diep leren. Bij het bevorderen van zelfsturing moet sprake zijn van afstemming door de opleiding op de mate waarin de student in staat is tot zelfsturing. Daarnaast kan blended learning de vereiste diversiteit aan leeractiviteiten ondersteunen.

Zelfstudieopdrachten (zso's) kunnen worden ingezet bij de toenemende mate van zelfsturing door de student. M.b.v. deze zso's verwerven studenten niet alleen de noodzakelijke inhoudelijke kennis maar leren zij ook leeractiviteiten te ondernemen die hen in staat stellen steeds zelfstandiger de leerdoelen te verwerven.

Doel

Doel van de workshop is om in interactie met de workshopdeelnemers te komen tot inzicht hoe het concept zelfsturing binnen een opleiding kan worden ingevuld, hoe zso's hierbij gebruikt kunnen worden en op welke manier zso's ontwikkeld kunnen worden.

Doelgroep

Docenten, onderwijsontwikkelaars, onderwijskundigen

Opzet: activiteiten en opbrengst:

Toelichting op programma. Een toelichting op de opzet van het workshopprogramma en het concept zelfsturing. Ook wordt ingegaan op de rol van zelfstudieopdrachten waarbij van een blended learning concept wordt uitgegaan (10 minuten). (Moderatoren)

Concept zelfsturing uitwerken in duo's voor eigen opleiding. Nadat het concept van zelfsturing is uitgewerkt volgt een plenaire nabespreking (20 minuten) (Deelnemers+Moderatoren)

Toelichting op het zelfstudieopdracht format door moderator en daarna ontwikkelen workshopdeelnemers een zso m.b.v. dit format en in lijn met het concept van toenemende zelfsturing (35 minuten) (Deelnemers+Moderatoren)

Plenaire nabespreking van ontwikkelde zelfstudieopdrachten(10 minuten) (Deelnemers+Moderatoren)

Opbrengsten

A) Een lijst met tips voor het ontwikkelen van zelfstudieopdrachten.

B) Handvatten voor implementatie van het concept zelfsturing in een opleiding.

Referenties

1 Bolks, T. & van der Klink, M. (2011). Zelfsturing gaat niet vanzelf. Een onderzoek naar zelfsturing van pabostudenten Tijdschrift voor lerarenopleiders, 32, 2: 1-11.

2 Ryan, R.M. & Deci, E.L. (2000). Self-determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development, and well-being. American Psychologist, 55, 1, 68-78.

Max aantal deelnemers: 16

Trefwoord: Teaching & learning: Independent learning, Curriculum: Student-centred, Learning outcomes: Life-long learning

Wijze van presentatie: Workshop

Alfen-van der Velden J van, Breteler M, Visser M de, Delsman C
Radboudumc

Thema

De complexiteit van de gezondheidszorg groeit en doet in toenemende mate een beroep op samenwerking tussen verschillende specialismen en zorgprofessionals. Om hierop te anticiperen en de zorg voor patiënten verder te verbeteren is het essentieel om de opleiding van medisch specialisten aan te passen. De Raad Opleidingen benadrukt daarom in het visiedocument 'Opleiden is vooruitzien' (2016) dat samenwerken en het vormen van netwerken bevordert dient te worden binnen de medisch specialistische vervolgopleidingen en dat '<i>over de grenzen van het specialisme heen</i>' opgeleid dient te worden.

In het Radboudumc Amalia Kinderziekenhuis (Amalia) werken en leren arts-assistenten in opleiding (aios) vanuit 23 verschillende medische specialismen samen. Wij hebben op basis van interviews en focusgroepen met aios en opleiders een toolbox ontwikkeld welke ondersteunend is in het intraprofessioneel opleiden van aios. Het 'Raamwerk interprofessioneel samenwerken, leren en opleiden in de gezondheidszorg' (Radboudumc en Hogeschool Arnhem/ Nijmegen) is hiervoor als onderlegger gebruikt.

Doel

Na afloop van de workshop kunnen deelnemers kansen en barrières benoemen voor het intraprofessioneel opleiden van aios in de dagelijkse praktijk. Zij zijn zich bewust van bestaande intraprofessionele leermomenten en hebben handvatten gekregen om deze momenten optimaal te benutten en verder vorm te geven.

Doelgroep

Aios, opleiders, opleidingsgroepen en onderwijskundigen.

Opzet: activiteiten en opbrengst

In deze workshop worden bestaande intraprofessionele leermomenten geëxpliciteerd. Kansen en barrières op het gebied van intraprofessioneel opleiden op de werkvloer worden onderzocht en randvoorwaarden voor het benutten van intraprofessionele activiteiten benoemd. De bovengenoemde toolbox intraprofessioneel opleiden van aios wordt gepresenteerd ter inspiratie.

De workshop betreft een interactieve sessie met een korte inleiding, praktijkvoorbeelden, discussie in groepen, presentatie van een best-practice en gezamenlijke terugkoppeling.

Max aantal deelnemers: 36

Trefwoord: Medical education: Postgraduate education, Curriculum: Education environment, Curriculum: Inter-professional

Wijze van presentatie: Workshop

Etnografische onderzoeksmethoden in het medisch onderwijs

Bressers G, Niet A van der
Universiteit Maastricht

Thema

Etnografie in medisch onderwijs. Etnografisch onderzoek groeit aan populariteit binnen het onderzoek naar medisch onderwijs. Etnografie is een kwalitatieve onderzoeksmethode waarbij observaties (non-semi- en participerende observaties) en diepte-interviews centraal staan. Tijdens de observaties is de onderzoeker fysiek aanwezig in het 'veld' waar hij/zij data over alledaagse gebruiken, rituelen en omstandigheden verzamelt. De onderzoeker beschrijft de verschijnselen levensecht, gedetailleerd en interpreteert ze binnen de relevante context. Deze workshop staat in het teken van deze methode van onderzoek.

Doel

Kennis maken met en/of het door ontwikkelen van etnografische onderzoeksmethoden in het medisch onderwijs

Doelgroep

Geïnteresseerden in etnografisch onderzoek en onderzoekers die gaan starten/ bezig zijn met etnografisch onderzoek.

Opzet workshop

Etnografie is erop gericht rijke inzichten te geven in alledaagse praktijken. Maar wanneer is etnografie een geschikte methode, hoe bepaal je dat en welke overwegingen moeten worden gemaakt voordat je daadwerkelijk etnografisch onderzoek kan doen? De groeiende populariteit van deze methode binnen medisch onderwijs maakt dat het goed is om hier meer aandacht aan te besteden. Deze workshop is erop gericht onderzoekers kennis te laten maken met en/of het door ontwikkelen van etnografische onderzoeksmethoden in het medisch onderwijs.

Activiteiten:

Deze workshop bestaat uit drie delen. In het eerste deel maken deelnemers kennis met de methode van dataverzameling. Hierbij zullen we ter illustratie voorbeelden uit eigen onderzoek gebruiken. In het tweede deel van deze workshop gaan deelnemers zelf etnografische onderzoeksmethoden toepassen. Tevens zullen we de deelnemers laten ervaren welke uitdagingen dit type onderzoek met zich meebrengt. In het laatste deel van de workshop reflecteren we op de etnografische onderzoeksmethode en de toepasbaarheid hiervan in het eigen onderzoek van de deelnemers.

Opbrengst:

- De deelnemer begrijpt wat etnografisch onderzoek inhoudt
- De deelnemer weet voor welk onderzoekdoel etnografisch onderzoek geschikt is
- De deelnemer doet ervaring op met etnografische onderzoeksmethoden
- De deelnemer kan etnografische onderzoeksmethoden toepassen binnen het eigen onderzoek

Referenties

- 1 Bryman A.,(2008) Social Research Methods. **Oxford University Press**
- 2 Green J., Thorogood N.,(2011). Qualitative Methods for Health Research. **Sage> London.**
- 3 Pope. C., (2005) "Conducting ethnography in medical settings." **Medical education** 39:1180-1187.

Max aantal deelnemers: 25 personen

Trefwoord: Research in medical education: Methodologies, Medical education: Postgraduate education

Wijze van presentatie: Workshop

Mindfulness en vitaliteit; een workshop voor semi-artsen

Wenisch A, Kreeke JJS van de, Selleger VJ, Ehrlich ND
Amsterdam UMC, loc. VUmc

Thema

Mindfulness is een populaire wetenschappelijk getoetste methode om stressgerelateerde klachten aan te pakken en om vitaliteit te kunnen vergroten (Gu, J., et al., 2015). Ook coassistenten zouden baat kunnen hebben bij het volgen van mindfulnessstrainingen. Er is toenemend bewijs dat een groter zelfbewustzijn een positieve relatie heeft met vitaliteit en geestelijke gezondheid (Van Dijk et al., 2017). Gegeven de incidentie van burn-outklachten onder coassistenten (Conijn et al., 2015) zouden mindfulnessoefeningen behulpzaam kunnen zijn. Echter, participeren in een 8-weekse mindfulnessstraining zal voor veel coassistenten niet haalbaar zijn. Om coassistenten toch kennis te laten maken met mindfulnessvaardigheden heeft Medische Psychologie VUmc de workshop 'Mindfulness en vitaliteit' ontwikkeld. Wij vinden het belangrijk dat coassistenten inzicht krijgen in verschillende mogelijkheden om de eigen vitaliteit als arts in spé te kunnen monitoren en mindfulness is één van de opties. De workshop wordt als keuzeonderwijs aangeboden aan semi-artsen (derde masterjaar) en naar tevredenheid beoordeeld ($n=40$; $M=4.38$; $SD=0.74$). ('Workshop 'mindfulness en vitaliteit' was zinvol'; 5-puntslikertschaal) De workshop gaat in op stressfactoren van coassistenten en sluit aan op hun belevingswereld. In een interactieve presentatie van recent wetenschappelijk onderzoek, worden de werkzame mechanismen van mindfulness en de invloed daarvan op vitaliteit besproken. Tijdsduur, inhoud en vorm van de mindfulnessoefeningen zijn zodanig aangepast dat ze toegankelijk worden voor coassistenten. We hebben niet de illusie dat door één workshop burn-outgerelateerde klachten bij coassistenten verdwenen zijn. Wel krijgen de coassistenten informatie over vitaliteit en ondervinden ze de effecten van de oefeningen.

Doel

Deelnemers aan de NVMO-workshop ervaren zelf wat het effect van de gegeven mindfulnessoefeningen is onderzoeken op welke manier mindfulnessoefeningen studenten kunnen helpen om hun vitaliteit te vergroten leren de randvoorwaarden en didactische vaardigheden kennen die nodig zijn om verschillende verkorte mindfulnessoefeningen te kunnen geven aan coassistenten krijgen handvaten om mindfulness te implementeren in hun curriculum

Doelgroep

Docenten, beleidsmakers en geïnteresseerden met (enige) ervaring met of kennis over mindfulness.

Opzet: activiteiten en opbrengst

Activiteit 1: Introductie. Opbrengst: Kennisvergroting over de mindfulnessworkshop in het geneeskundecurriculum aan het VUmc.

Activiteit 2 : interactieve kennismaking Opbrengst: Het vergroten van groepsveiligheid.

Activiteit 3: Interactieve kennisoverdracht over onderzoek naar mindfulness Opbrengst: Kennisvergroting over mindfulness en enige informatie over het ontstaan van stress.

Activiteit 4 : Adembewustzijnsoefening en nabespreking. Opbrengst: Ervaring met een mindfulnessoefening.

Activiteit 5 : Visualisatie-oefening 'energiegevers en nemers.' Opbrengst: inzicht krijgen in het vergroten van je eigen vitaliteit.

Activiteit 6: Discussie over de waarde van losse mindfulnessoefeningen en de randvoorwaarden om deze te kunnen geven en implementeren in het curriculum. Opbrengst: uitwisseling van ervaringen, ideeën en randvoorwaarden rond implementatie van mindfulnessgerelateerde oefeningen in het curriculum.

Activiteit 7: Korte mindfulnessoefening. Opbrengst: Inzicht en ervaring in korte mindfulnessoefeningen.

Max aantal deelnemers: 12

Trefwoord: Teaching & learning: Experiential learning, Medical education: All, Teachers/Trainers: General

Wijze van presentatie: Workshop

A9 / Zaal 537

How your English goes Dutch: academic writing for Nederlanders, - een PME workshop

Driessen EW

Universiteit Maastricht

Thema

De (taal)editors van Perspectives on Medical Education verschaffen inzicht in typische fouten die Nederlandstalige auteurs maken wanneer ze een Engelse wetenschappelijke tekst schrijven

Doel

Nederlandstalige auteurs helpen bij het voorkomen dat hun Engelse teksten 'go Dutch'

Doelgroep

Belgische en Nederlandse auteurs die Engelstalige wetenschappelijke teksten schrijven

Opzet: activiteiten en opbrengst

Daarnaast geven we een kijkje achter de schermen van het tekst editen bij wetenschappelijke tijdschriften.

Max aantal deelnemers: 30

Trefwoord: Research in medical education: Publications

Wijze van presentatie: Workshop

A10 / Zaal 558

De praatgrage student en de muurbloem: hoe zorgen we ervoor dat zowel extraverte als introverte studenten tot hun recht komen?

Croix A de la¹, Jongh R de²

¹Amsterdam UMC, loc. VUmc, ²Erasmus MC

Thema

De verschillen in talenten en behoeften van extraverte en introverte studenten hebben tot voor kort weinig aandacht gekregen in het geneeskundeonderwijs. Mede door de 'Quiet Revolution' van Susan Cain is er meer interesse voor deze verschillen, die voor ons onderwijs de volgende vragen oproepen: Hoe voorkomen we een bias voor de extraverte student wanneer we participatie beoordelen? Hoe richten we onze lessen zo in dat zowel extraverte als introverte studenten zich op hun gemak voelen en tot hun recht komen? Welke rol speelt stilte in het klaslokaal?

Doel

Na deze workshop hebben deelnemers meer inzicht in verschillende onderwijs- en leervoorkeuren. Ze zullen een beter begrip hebben van hun eigen positie op de schaal van introversie/extraversie en hoe die hun eigen doceren of leiderschap beïnvloedt. Deelnemers krijgen nuttige technieken aangereikt om een meer inclusieve leeromgeving te creëren.

Doelgroep

Deze workshop is bedoeld voor iedereen die lesgeeft, of dat nou aan studenten of professionals is. De sessie is gericht op iedereen die er naar streeft om alle deelnemers betrokken te laten zijn bij een groepsles of andere interactieve bijeenkomst.

Max aantal deelnemers: 24

Trefwoord: Teaching & learning: Learning styles/theory/instructional design

Wijze van presentatie: Workshop

Digitalisering van de zorg: wat vinden studenten van e-health, big data, het elektronisch patiëntendossier en privacy in de opleiding en hoe integreren we dit in het curriculum?

Broekhuizen A

Interfacultair Medisch Studentenoverleg

Thema

In deze rondetafelsessie zal het Interfacultair Medisch Studentenoverleg (IMS) een discussie leiden rondom het thema digitalisering van de zorg. In het kader van value-based healthcare en de ontwikkelingen op het vlak van digitale media binnen de gezondheidszorg, wordt in 2018 een landelijk onderzoek verricht onder geneeskundestudenten door middel van een enquête. Hierin wordt bekeken wat de huidige stand van zaken is omtrent de onderwerpen e-health, big data, het elektronisch patiëntendossier en privacy. Met de enquête wordt een beeld verkregen van de kennis en kunde van studenten, de wensen m.b.t. het voorkomen van deze onderwerpen in de opleiding, en de attitudes ten opzichte van de inzet van verschillende digitale tools binnen hun (latere) werkomgeving. De resultaten van dit onderzoek zullen bekend zijn ten tijde van het NVMO congres en worden gebruikt als inleiding van deze rondetafelsessie.

Doel

Aan de hand van verschillende stellingen over de onderwerpen e-health, big data, elektronisch patiëntendossier en privacy zal een discussie gevoerd worden over de opname van deze onderwerpen in het curriculum. Het doel is tot ideeën te komen over waar de mogelijkheden en gemiste kansen liggen m.b.t. het integreren van dergelijke onderwerpen in het curriculum. Dit sluit mooi aan bij het thema van het NVMO congres: Professionele Ontwikkeling, jong geleerd, oud gedaan. Het valt niet te ontkennen dat tegenwoordig het correct gebruik kunnen maken van digitale media onderdeel uitmaakt van de professionele ontwikkeling van de toekomstig arts. Zeker in dit kader is het belangrijk te kijken waar we dit in het curriculum (beter) kunnen opnemen: immers, jong geleerd is oud gedaan.

Doelgroep

Om een veelzijdige discussie op gang te kunnen brengen, is de doelgroep divers: eenieder die betrokken is bij de opleiding en interesse heeft in de integratie van digitale media binnen het curriculum is welkom. Hiervoor is ervaring met of kennis over e-health, big data, het elektronisch patiëntendossier of privacy geen vereiste, zolang men maar bereid is mee te denken over de arts van de toekomst.

Opzet: activiteiten en opbrengst

Allereerst zullen kort de resultaten van de enquête worden gepresenteerd. In het tweede, belangrijkste deel van de sessie zal aan de hand van stellingen gediscussieerd worden over de verschillende onderwerpen. Tot slot wordt er een overview gegeven van de uitkomsten van de sessie. De opbrengst voor de deelnemers zal zijn een beter inzicht in de praktijk en attitudes van de medisch student, alsmede een overzicht van de ervaringen met het integreren van digitale media in de opleiding. Dit kan men terugbrengen naar de faculteit of op landelijk niveau integreren om te bekijken wat de mogelijkheden zijn om binnen het curriculum veranderingen teweeg te brengen.

Max aantal deelnemers: 20

Trefwoord: Learning outcomes: Information technology, Curriculum: Core

Wijze van presentatie: Rondetafelsessie

Active Learning Spaces: wat worden de actieve onderwijsruimten van de toekomst?

Broersen PJA, Leede BJA de, Jeeninga I
LUMC

Thema

Active Learning Spaces. Het inrichten van onderwijsruimten om de actieve verwerking van kennis te stimuleren bij studenten.

Doel

Het doel van de workshop is om met elkaar aan de slag te gaan met het ontdekken van de active learning spaces van de toekomst. Welke innovaties om het actief leren te bevorderen werken juist wel en niet in onderwijsruimten? Deelnemers leren wat de didactische mogelijkheden zijn in actieve onderwijsomgevingen. Ervaringen worden gedeeld vanuit het LUMC waarbij ingegaan wordt op de pilot collegezaal binnen het LUMC. Concreet betekent dit dat de deelnemers:

- principes van het actief leren kunnen toepassen in hun onderwijs.
- bekend zijn met mogelijkheden voor de inrichting van active learning spaces.
- voor- en nadelen kunnen opnoemen van verschillende active learning spaces.

Doelgroep

onderwijskundigen, docenten en andere mensen die actief gebruik maken van onderwijsruimten.

Opzet workshop

de opbrengst is dat, door discussie, ieder voor zichzelf een idee heeft gevormd wat voor- en nadelen van verschillende active learning spaces zijn. Daarnaast kunnen deelnemers na de workshop elementen van het actief leren in hun onderwijs toepassen. Ten slotte hopen wij een bijdrage te leveren aan de inrichting van toekomstige active learning spaces. De opbrengst willen we bereiken door deelnemers in een carrousel met elkaar in gesprek te laten gaan over verschillende active learning spaces.

Referenties

- 1 Do interactive learning spaces increase student achievement? A comparison of classroom context
- 2 Horizon report 2017, hoofdstuk over Redesigning learning spaces
- 3 7 Things You Should Know About Research on Active Learning Classrooms
- 4 Active learning increases student performance in science, engineering, and mathematics

Max aantal deelnemers: 50

Trefwoord: Curriculum: Education environment, Teachers/Trainers: Roles of the teacher, Teaching & learning: Collaborative/peer-to-peer

Wijze van presentatie: Workshop

Is selectie de moeite waard? Een kosteneffectiviteitsstudie van loting versus een op maat gemaakte selectieprocedure

Schreurs S¹, Cleland J², Muijtjens AMM¹, Oude Egbrink MGA¹, Cleutjens K¹

¹Universiteit Maastricht, ²University of Aberdeen

Probleemstelling

Binnen het hoger onderwijs worden instellingen geconfronteerd met minder financiering en meer druk om verantwoording af te leggen. Dit is aanleiding tot meer vraag naar economische evaluaties, zoals kosten-baten analyses; deze zijn echter zeldzaam binnen het medisch onderwijs (1). Een evaluatie van de decentrale selectie voor de bachelor Geneeskunde is interessant in dit opzicht, zeker in het licht van de huidige discussie over nut en noodzaak van selectie (2). Voor zover ons bekend zijn er nog geen kosten-baten analyses gedaan van volledige selectieprocedures. In deze studie zijn de kosten en baten van twee verschillende selectiemethoden binnen één Geneeskunde opleiding in kaart gebracht: een op maat gemaakte selectieprocedure die gebruik maakt van verschillende 'tools' versus een gewogen lotingprocedure. Ons doel was om de kosten en opbrengsten van beide procedures te onderzoeken en vergelijken.

Methode

De studie is uitgevoerd in de bachelor Geneeskunde van de Faculty of Health, Medicine and Life Sciences van Maastricht University. De kosten en baten van de selectieprocedure werden afgezet tegen die van de gewogen loting. Beide procedures liepen parallel in de drie cohorten die onderzocht zijn (2011-13). De onderzochte uitkomstmaten waren uitval (verlies van inkomsten, gecorrigeerd voor verminderde kosten door minder studenten) en herhaling van blokken en vaardigheidstoetsen. De analyse werd gedaan vanuit het perspectief van de opleiding.

Resultaten (en conclusie)

De selectieprocedure, omgerekend naar een volledig cohort geneeskundestudenten (286 studenten), kostte in totaal ongeveer €139.000,-, terwijl de kosten van de centrale gewogen loting vanuit het perspectief van de opleiding verwaarloosbaar waren. Daartegenover staat dat geselecteerde studenten minder vaak uitvielen dan studenten die uitsluitend via loting binnen kwamen (gemiddeld 9 versus 21 uitvallers per cohort), wat resulteerde in minder verlies aan inkomsten. Daarnaast moesten geselecteerde studenten minder blokken en vaardigheidstoetsen herhalen, wat minder extra kosten tot gevolg had. In totaal bedroegen de voordelen die selectie opleverde ten opzichte van loting ongeveer €182.000,- voor de hele bachelor. Al met al blijken de voordelen van selectie op te wegen tegen de kosten.

Discussie

Deze studie laat zien dat het niet alleen mogelijk is om de kosteneffectiviteit van een selectieprocedure voor de bachelor Geneeskunde te onderzoeken, maar ook dat een relatief dure selectieprocedure kosteneffectief en zelfs voordelig kan zijn in vergelijking met loting. Omdat verschillende opleidingen op verschillende wijze invulling geven aan hun selectieprocedure zal elke opleiding zelf kunnen bepalen of hun selectie de moeite waard is. Dergelijke analyses kunnen bijdragen aan besluitvorming ten aanzien van de keuzes die gemaakt worden op het gebied van toelatingsprocedures.

Referenties

1 Walsh K, Cleland J, Maloney S. Efficiency in health care professional education. Medical Education. 2018;52(3):347.

2 Wouters A. Effects of medical school selection on student motivation: a PhD thesis report. Perspectives on Medical Education. 2018;7(1):54-7.

Trefwoord: Education management: Selection of students/trainees, Medical education: Undergraduate education, Assessment: All

Wijze van presentatie: Onderzoekspaper

Leidt selectie deels gebaseerd op non-academische criteria tot een meer empathische groep geneeskundestudenten dan loting?

Wouters A, Homan W, Westerhof MA, Kusurkar RA
Amsterdam UMC, loc. VUmc

Probleemstelling

Empathie is gerelateerd aan patiënttevredenheid en goede klinische uitkomsten en een gewenste kwaliteit bij geneeskundestudenten. Opleidingen hanteren naast academische vaak ook non-academische selectiecriteria. Selectie (deels) op basis van non-academische criteria leidt idealiter tot een groep empathische geneeskundestudenten. In deze studie wordt onderzocht of studenten die zijn geselecteerd op deels non-academische criteria hogere empathie rapporteren dan lotingstudenten, inclusief 8+-ers.

Methode

Non-academische criteria zijn bij VUmc onderdeel van de selectieprocedures voor het reguliere bachelorgeneeskundeprogramma en VUmc Zigma (in een CV-ronde en in MMI's). In de Student Motivatie en Succes studie (SMS studie) van VUmc is in 2017-2018 de empathie van geneeskundestudenten uit alle studiefases gemeten met de Jefferson Scale of Physician Empathy – Students, op een zevenpunts-Likertschaal (1). Empathie wordt in deze studie gedefinieerd als 'een cognitieve eigenschap waarbij het gaat om het kunnen begrijpen wat de patiënt voelt en ervaart, en dit overbrengen in de communicatie met de patiënt'. De totaalscore voor Empathie, en scores op de subschalen 'Perspective taking', 'Compassionate care' en 'Standing in the patient's shoes', zijn vergeleken voor geselecteerde en ingelote studenten. Er is gecontroleerd voor geslacht en studiefase omdat vrouwen doorgaans hoger scoren en afname van empathie gedurende de geneeskundeopleiding is gerapporteerd (2).

Resultaten (en conclusie)

In totaal vulden 317 studenten de vragenlijst in (ca. 15% response rate), waarvan 212 geclassificeerd konden worden als geselecteerd en 85 als lotingstudenten. Gemiddelde scores van de totale groep waren 5.60 (SD=0.57) voor Empathie, 5.74 (SD=0.64) voor 'Perspective taking', 5.72 (SD=5.72) voor 'Compassionate care' en 4.49 (SD=1.32) voor 'Standing in the patient's shoes'. Er werden geen significante verschillen gevonden voor Empathie, 'Perspective taking' en 'Compassionate care'. Geselecteerde studenten rapporteerden hogere scores op 'Standing in the patient's shoes' (M=4.50, 95% CI [4.32, 4.68]) dan lotingstudenten (M=4.46, 95% CI [4.12, 4.80], $p<0.01$). Na controleren voor geslacht en studiefase werden geen significante verschillen gevonden.

Discussie

De bevindingen suggereren dat het gebruik van non-academische criteria in de selectieprocedure niet leidt tot een groep geneeskundestudenten met hogere empathie. Mogelijk hadden de non-academische criteria een te kleine rol in de selectie en zou deze rol vergroot moeten worden om een verschil in empathie tussen beide groepen te kunnen vinden. Op basis van de gemiddelde empathiescores kan geconcludeerd worden dat de geneeskundestudenten in dit sample over het algemeen empathisch zijn, ongeacht de wijze van toelating. Door de lage response en het gebruik van zelfrapportage kunnen geen harde conclusies getrokken worden. Empathiemetingen op basis van daadwerkelijk gedrag en/of patiëntbeoordelingen zouden mogelijk wel verschillen aan het licht kunnen brengen.

Referenties

- 1 Hojat, Mohammadreza, et al. "Physician empathy: definition, components, measurement, and relationship to gender and specialty." *American Journal of Psychiatry* 159.9 (2002): 1563-1569.
- 2 Ferreira-Valente, Alexandra, et al. "Clarifying changes in student empathy throughout medical school: a scoping review." *Advances in Health Sciences Education* 22.5 (2017): 1293-1313.

Trefwoord: Education management: Selection of students/trainees, Students/Trainees: Characteristics, Medical education: Undergraduate education

Wijze van presentatie: Onderzoekspaper

Studiesucces in de bachelor geneeskunde in relatie tot deelname aan een tweestaps selectieprocedure bij VUmc

Vos CMP, A Wouters A, Jonker M, Haan M, Westerhof MA, Croiset G, Kusurkar RA
Amsterdam UMC, loc. VUmc

Probleemstelling

Voorspellen van studiesucces bij geneeskunde blijft lastig (Cleland et al 2012), omdat de meeste onderzoeken geselecteerde kandidaten niet vergelijken met afgewezen kandidaten. Recente Nederlandse studies die wel deze groepen vergeleken, zagen geen verschil in studiesucces en type motivatie om geneeskunde te studeren (Wouters, 2017).

Deze studie had tot doel om studiesuccesuitkomsten te vergelijken voor studenten die via een tweestaps selectieprocedure (1e stap non-cognitief, 2e stap cognitief) of via gewogen loting zijn toegelaten. Hierbij zijn geselecteerden vergeleken met afgewezen selectiedeelnemers en met kandidaten die alleen aan loting deelnamen.

Methode

Studiesucces van geselecteerden (n=416) en ingelote studenten van vier bachelorcohorten (2006 t/m 2009) van VUmc werden vergeleken met logistische regressie met Holm-Bonferronicorrectie ($\alpha=0,05$). Vier groepen ingelote studenten werden vergeleken met de geselecteerden: selectie stap 1 afgewezenen (n=169), selectiestap 2 afgewezenen (n=57), terugtrekkers uit de selectie (n=42 studenten), en niet-deelnemers aan selectie (n=366). Primaire uitkomstmaten waren bachelordiploma binnen drie jaar en uitval zonder diploma na zes jaar. Secundaire uitkomstmaten waren bachelordiplomering binnen vier jaar en B1-afroending binnen één jaar. Sekse, leeftijd, cohort en vwo-cijfer werden meegenomen als covariaten.

Resultaten (en conclusie)

Geselecteerde studenten behaalden vaker hun bachelordiploma binnen drie jaar dan studenten die enkel aan loting deelnamen (OR= 0,59, $p<0,00$) en leken ook na vier jaar beter te presteren (OR=0,49, $p=0,01$). Daarnaast leken geselecteerde studenten in het eerste jaar vaker alle studiepunten (60 EC) te behalen dan studenten die zich teruggetrokken uit de selectieprocedure (OR 0,43, $p=0,04$). Verschillen in uitval en verschillen tussen geselecteerde studenten en afgewezen studenten na de eerste of tweede selectiestap werden niet gevonden.

Discussie

De verschillende selectiestappen, namelijk non-cognitief en cognitief, lijken niet bij te dragen aan de selectie van een groep studenten die beter presteert. De 2-staps selectieprocedure lijkt echter wel studenten te trekken die vaker nominaal hun bachelordiploma behalen, wanneer het alternatief van een loting wordt geboden. De verschillen tussen deelnemers en niet-deelnemers aan selectie lijken gedurende de bachelor af te nemen. Terugtrekkers zagen wellicht op tegen de arbeidsintensieve selectieprocedure of schatten terecht of onterecht hun succeskans in de selectie laag in. Het huidige onderzoek was gericht op uitkomsten in de bachelor. Toekomstig onderzoek moet uitwijzen of in de klinische fase van de opleiding wel significante verschillen tussen de verschillende groepen studenten bestaan op uitkomstmaten als co-schapbeoordelingen en professioneel gedrag.

Referenties

- 1 Cleland J, et al. Identifying best practice in the selection of medical students. GMC Res Report. 2012.
- 2 Wouters, A. Effects of Medical School selection, PhD thesis, VU Amsterdam, 2017.

Trefwoord: Education management: Selection of students/trainees, Learning outcomes: General, Research in medical education: All

Wijze van presentatie: Onderzoekspaper

Selectie als leerervaring

Visser M de¹, Laan R¹, Engbers R¹, Cohen-Schotanus J², Fluit CRMG¹

¹Radboudumc, ²UMC Groningen

Probleemstelling

Onderzoek naar selectie voor geneeskunde richt zich niet op het bestuderen van selectie als een leerervaring. Dit, terwijl er toenemende aandacht is voor de formatieve effecten van (ook summatief ingezette) toetsen tijdens de studie geneeskunde zelf [1,2]. Selectieprocedures kosten geld en vragen veel inspanningen van alle betrokkenen. Meer inzicht in de formatieve effecten van selectie maakt het mogelijk om die opbrengsten van de selectie te benutten als een onderdeel van het leerproces van geneeskundestudenten. Dit exploratieve onderzoek beoogde 1. in kaart te brengen of studenten leerervaringen hebben in het selectieproces en, als dat zo is, welke dit zijn; 2. te begrijpen wat studenten nodig hebben om de leerervaringen uit de selectie te benutten tijdens het begin van hun studie geneeskunde.

Methode

Middels focusgroepen hebben we 30 studenten die in 2016 zijn toegelaten tot de studie geneeskunde aan het Radboudumc geïnterviewd over hun leerervaringen tijdens de selectieprocedure. Via thematische analyse hebben we de transcripten van de gesprekken geanalyseerd en zijn we gekomen tot thema's in antwoord op de onderzoeksvragen.

Resultaten en conclusie

In deze studie vonden we dat studenten in de selectie ervaringen opdoen met betrekking tot het curriculum, zichzelf, hun relatie tot anderen en het vakgebied waarvoor ze geselecteerd zijn. Zij hebben deze ervaringen niet expliciet beleefd als leren. Om de leerervaringen daadwerkelijk te benutten voor hun verdere ontwikkeling vinden studenten een sterke relatie tussen de selectie en het curriculum van belang en hebben zij behoefte aan feedback op hun prestaties tijdens de selectie.

Discussie

Selectie voor de studie geneeskunde levert leerervaringen op. Studenten en universiteiten kunnen hier hun voordeel mee doen. Ons advies is om selectieprocedures zorgvuldig af te stemmen op het curriculum dat erop volgt ('curriculum sample selection'), leerervaringen uit de selectie een plek te geven in het curriculum en studenten na de selectie te voorzien van feedback. Een verdere verkenning is nodig naar hoe dit het beste kan gebeuren. Daarnaast concluderen we op basis van de resultaten dat het van belang is om de selectie en het curriculum te benaderen als twee aan elkaar verbonden elementen die bijdragen aan de ontwikkeling van de student.

Referenties

1 Cilliers FJ, Schuwirth LW, Adendorff HJ, Herman N, van der Vleuten CP. The mechanism of impact of summative assessment on medical students' learning. *Advances in Health Sciences Education*. 2010;15(5):695-715.

2 Eva KW, Bordage G, Campbell C, Galbraith R, Ginsburg S, Holmboe E, et al. Towards a program of assessment for health professionals: from training into practice. *Advances in Health Sciences Education*. 2016;21(4):897-913.

Trefwoord: Assessment: General, Education management: Selection of students/trainees, Learning outcomes: All

Wijze van presentatie: Onderzoekspaper

De kwaliteit van het instructie-ontwerp van medische Massive Open Online Courses

Hendriks RA, Jong PGM de, Reinders MEJ
LUMC

Probleemstelling

Massive Open Online Courses (MOOCs) bieden een nieuwe manier voor online leren. Ze zijn grotendeels gratis, toegankelijk voor grote, diverse groepen en bieden learners verschillende vormen van instructie, interactie en toetsing op elke tijd en plek die uitkomt.

Daar er groeiende interesse is om MOOCs in formeel medische onderwijs te integreren, is het belangrijk om de kwaliteit van medische MOOCs te kennen. Eerder onderzoek naar het instructie-ontwerp van 76 MOOCs over uiteenlopende onderwerpen laat zien dat cursussen vaak hoog scoren op organisatie en presentatie maar laag op instructie-ontwerpkwaliteit[1]. Informatie over medische MOOCs is echter beperkt.

Om inzicht te krijgen in de kwaliteit van het instructie-ontwerp van specifiek medische MOOCs is de onderzoeksvraag van deze studie: Hoe goed voldoen medische MOOCs aan de tien instructie-ontwerp principes[1,2]: *problem-centeredness, activation, demonstration, application, integration, collective knowledge, collaboration, differentiation, authentic resources* en *feedback*?

Methode

Een overzicht van medische MOOCs is gemaakt met de MOOC-zoekmachine www.class-central.com. Inclusiecriteria voor deze studie zijn: medische aandoening in de titel; voertaal Engels; cursus beschikbaar tussen september 2017 en februari 2018; geen cursuskosten; en geen exclusie van studenten in de doelgroep.

De kwaliteit van het instructie-ontwerp is onderzocht met *Course Scan*, een tool die specifiek ontworpen is voor het evalueren van MOOCs[1]. In totaal kunnen 73 punten gescoord worden voor de bovengenoemde tien principes en een aantal vragen over organisatie en presentatie.

Alle *Course Scan* vragen zijn eerst gevalideerd door kalibratie met een tweede onafhankelijke onderzoeker op basis van een pilot van vier MOOCs. Daarna zijn data verzameld door de eerste onderzoeker die zich als learner in de geselecteerde MOOCs inschreef, en *Course Scan* invulde na uitgebreide bestudering van alle cursuspagina's.

Resultaten (en conclusie)

Op basis van de selectiecriteria zijn 33 uit 410 MOOCs geïncludeerd. *Course Scan*-scores voor deze 33 MOOCs liepen uiteen van 12 tot 34 van de totaal 73 punten (gemiddelde 20; Stdev 6,4). De principes *authentic resources, application* en *feedback* waren allen vertegenwoordigd in 32 van de 33 MOOCs. *Activation-, differentiation-, demonstration- en problem-centeredness*-principes waren minder aanwezig, in respectievelijk 16, 13, 11 en 11 MOOCs. Tot slot benutten slechts 2 MOOCs *integration* en 1 MOOC *collaboration*.

Discussie

Uit dit onderzoek blijkt dat de kwaliteit van het instructie-ontwerp van medische MOOCs verbeterd kan worden door meer aandacht te besteden aan de principes *activation, differentiation, demonstration, problem-centeredness, integration* en *collaboration*. De medische MOOCs uit dit onderzoek scoren duidelijk beter dan MOOCs over diverse onderwerpen uit eerder onderzoek[1]. Vervolgonderzoek kan zich richten op redenen voor het gebrek aan bepaalde principes.

Referenties

- 1 Margaryan,A.,Bianco,M.& Littlejohn,A.(2015). Instructional quality of MOOCs. *Computers & Education*,80:p.77-83.
- 2 Merrill,M.D.(2002). First principles of instruction. *Educational technology research and development*,50(3):p.43-59.

Trefwoord: Teaching & learning: Learning styles/theory/instructional design, Teaching & learning: Blended learning

Wijze van presentatie: Onderzoekspaper

Onderwijsvormen en sociaal-epistemologische dimensies in medische Massive Open Online Courses

Hendriks RA, Jong PGM de, Reinders MEJ
LUMC

Probleemstelling

De medische Massive Open Online Course (MOOC) is in opkomst, zowel om te volgen, te ontwikkelen als te integreren in campusonderwijs. Er is echter weinig literatuur over de manier waarop medische MOOCs optimaal geïntegreerd kunnen worden in campusonderwijs. Voor integratie is het van belang om te weten welke onderwijsvormen binnen MOOCs aanwezig zijn. Daarnaast is het van waarde om te weten of deze onderwijsvormen gericht zijn op individueel of samenwerkend leren, en of ze objectivistisch of constructivistisch van aard zijn. In eerder onderzoek is al gekeken naar de instructie-, interactie- en toetsvormen en de sociaal-epistemologische dimensies in MOOCs[1]. In deze studie was echter slechts één medische MOOC opgenomen.

Het doel van dit onderzoek is om de onderwijsvormen en de sociaal-epistemologische dimensies te onderzoeken van specifiek medische MOOCs die in aanmerking komen voor integratie in het reguliere campusonderwijs.

Methode

Een overzicht van medische MOOCs is gemaakt met MOOC-zoekmachine www.class-central.com. Inclusiecriteria zijn: medische aandoening in de titel; voertaal Engels; cursus beschikbaar tussen september 2017 en februari 2018; geen cursuskosten; geen exclusie van studenten in de doelgroep. De onderwijsvormen zijn geïnventariseerd op basis van de indeling: instructie, interactie en toetsing[1]. De indelingscriteria zijn gevalideerd door kalibratie met twee onderzoekers, die individueel vier MOOCs inventariseerden, en na elke MOOC overlegden tot consensus was bereikt over alle criteria. Een kalibratielogboek werd bijgehouden. Daarna werden data verzameld door de eerste onderzoeker die zich als learner in de geselecteerde MOOCs inschreef. De sociaal-epistemologische dimensies zijn bepaald met het Teaching Approach Framework[2], uitgaande van categorisatie van onderwijsvormen uit eerdere literatuur[1,2].

Resultaten

Op basis van de selectiecriteria zijn 33 uit 410 MOOCs geïncludeerd. De meest voorkomende instructievormen zijn docentenvideo's (n=33) en digitale tekst (n=32) en in 31 MOOCs zijn discussiefora beschikbaar. Slechts drie MOOCs stimuleerden specifiek het antwoorden op elkaar. Naast meerkeuzevragen (n=33) worden voor formele toetsing ook open vragen ingezet (n=13). Objectivistische (n=33) en constructivistische (n=28) onderwijsvormen zijn beiden aanwezig, echter de variëteit voor de eerste dimensie is gemiddeld twee maal zo groot. Onderwijsvormen voor zowel individueel (n=33) als in groepen (n=31) leren zijn beschikbaar, maar de variëteit voor de eerste dimensie is gemiddeld vijf maal zo groot. De constructivistische-groep dimensie komt daarmee het minst voor (n=8).

Discussie

Medische MOOCs bevatten een diversiteit aan instructie- en toetsvormen. De onderwijsvormen zijn zowel constructivistisch als objectivistisch van aard, waarbij de nadruk ligt op een individueel-objectivistische insteek. Medische MOOCs bieden daarmee een variatie aan onderwijsvormen en sociaal-epistemologische dimensies om in campusonderwijs te integreren.

Referenties

- 1 Toven-Lindsey, B., Rhoads, R.A. & Lozano, J.B. *Virtually unlimited classrooms: Pedagogical practices in MOOCs*. The internet and higher education, 2015. **24**:p.1-12.
- 2 Arbaugh, J. and Benbunan-Finch, R. *An investigation of epistemological and social dimensions of teaching in online learning environments*. Academy of Management Learning & Education, 2006. **5**(4):p.435-447.

Trefwoord: Teaching & learning: Blended learning, Teaching & learning: Learning styles/theory/ instructional design

Wijze van presentatie: Onderzoekspaper

A14.3 / Zaal 403

'De Delirium Experience', een serious game als onderwijsmiddel: effect op vaardigheden, attitude en leermotivatie

Spanjers KR, Hegge HHM, Rooij SEJA de
UMC Groningen

Probleemstelling

Jaarlijks ervaren 100.000 patiënten in Nederlandse ziekenhuizen een delier, met meerdere negatieve gevolgen. Een goede herkenning gevolgd door aangepaste zorg zijn cruciaal voor de behandeling. Delirium wordt vaak laat herkend en inadequaet behandeld. Gebrek aan onderwijs, bewustzijn en kennis zijn barrières in het verbeteren van de zorg voor delirante patiënten (1). Er is behoefte aan delier onderwijs met focus op attitude, begrip voor de patiënt en het toepassen van kennis (2). De Delirium Experience (DE), een serious game, is ontwikkeld om zorgmedewerkers en studenten te laten oefenen met het zorgen voor een delirante patiënt in een veilige omgeving. Spelers krijgen inzichten in de

effecten van hun handelen op het delier van de patiënt. Deze studie onderzocht of de DE geschikt is als onderwijsinterventie voor medisch studenten met betrekking tot het aanbevelen van zorg, screenen en beoordelen van een delirante patiënt, attitude, leermotivatatie en zelf-gerapporteerde kennis.

Methode

Een randomised controlled trial is uitgevoerd onder derdejaars bachelor geneeskunde studenten van het Universitair Medisch Centrum Groningen. Deelnemers volgden een hoorcollege over delier waarna zij gerandomiseerd werden interventiegroep (spelen van DE) of een van de controlegroepen (D: video over delier en patiënt ervaring of A: video over veroudering). Vaardigheden in het adviseren van zorg voor delirante patiënten en het screenen en beoordelen van een delier werden gemeten door beoordeling van een video van een interview met een delirante patiënt, attitude met de Delirium Attitude Schaal, motivatie om te leren met de Motivatie en Evaluatie questionnaire, en zelf-gerapporteerde kennis met een rapportcijfer. Data werd geanalyseerd met een Kruskal-Wallis test en voor significante verschillen een Mann-Whitney test.

Resultaten

In totaal namen 156 studenten deel aan de studie, 51 in de interventiegroep, 51 in de controle D groep en 55 in de controle A groep. De interventiegroep scoorde hoger op gegeven aanbevelingen en leermotivatatie vergeleken met de controlegroepen. De interventiegroep scoorde hoger op zelf-gerapporteerde kennis dan de controle A groep. Er zijn geen verschillen gevonden tussen de groepen in het screenen en beoordelen van delirante patiënten of attitude.

Discussie

De DE is vergroot de vaardigheden in het adviseren van zorg voor delirante patiënten, leermotivatatie en zelf-gerapporteerde kennis van geneeskunde studenten. In dit onderzoek is geen effect op attitude of het screenen en beoordelen van delirante patiënten aangetoond. Dit kan veroorzaakt zijn door de weinige klinische ervaring die studenten hebben, verder onderzoek is nodig. De verbeteringen in adviseren van zorg voor delirante patiënten en leermotivatatie kunnen bijdragen aan beter delier onderwijs (1,2), meer onderzoek is nodig naar het beïnvloeden van attitude.

Referenties

- 1 Morandi A, Davis D, Taylor JK, Bellelli G, Olofsson B, Kreisel S, et al. Consensus and variations in opinions on delirium care: a survey of European delirium specialists. *Int Psychogeriatr*. 2013;25(12):2067–75. Available from:
- 2 Teodorczuk A, Mukaetova-Ladinska E, Corbett S, Welfare M. Reconceptualizing models of delirium education: findings of a Grounded Theory study. *Int Psychogeriatr*. 2013;25(4):645–55.

Trefwoord: Teaching & learning: Games, Teaching & learning: Simulation, Research in medical education: All

Wijze van presentatie: Onderzoekspaper

Studenten met weinig ruimtelijk inzicht leren hun anatomie beter in 'echt' 3D. Een Augmented Reality studie

Bogomolova K¹, Hierck BP¹, Ham ICJM van der², Hovius SER³, Hage JA van der¹

¹LUMC, ³Erasmus MC

Probleemstelling

Augmented Reality (AR) biedt kansen voor het leren van klinisch relevante 3-dimensionale anatomie. Digitale holografische content kan met AR in "echt", stereografisch, 3D worden bestudeerd. Dit in tegenstelling tot het bestuderen van digitale 3D content van een beeldscherm, waarmee alleen een perceptie van 3D relaties wordt verkregen, omdat de afbeelding in essentie 2-dimensionaal is. Verder bestaan er grote persoonlijke verschillen in ruimtelijk inzicht wat bepalend is voor het succesvol leren en begrijpen van de anatomie¹. Dit onderzoek zoekt antwoord op de vraag of individuele verschillen in ruimtelijk inzicht gerelateerd zijn aan de leeruitkomsten, als anatomie geleerd wordt in stereoscopisch 3D via AR of via niet-stereoscopisch 3D via een beeldscherm.

Methode

Het betreft hier een gerandomiseerd gecontroleerd onderzoek binnen de twee universitaire academische centra. Voor dit onderzoek werd een interactieve dynamische AR applicatie voor HoloLens (*DynamicAnatomy*) ontwikkeld waarmee de anatomie van het onderbeen kon worden bestudeerd. De onderzoekspopulatie bestond uit 58 (bio)medische studenten die de anatomie bestudeerden met behulp van (1) het stereoscopische 3D/holografische model via de Microsoft HoloLens, (2) identiek niet-stereoscopisch model getoond via een beeldscherm (desktop), of (3) een verzameling 2D anatomische afbeeldingen (atlas). Het ruimtelijk inzicht werd voorafgaand aan het experiment schriftelijk getest op drie componenten: mentale rotatie (24-item Mental Rotation Test), mentale transformatie (10-item Paper Folding Test) en mechanische redenering (12-item Mechanical Reasoning Test); met 3 minuten per test. Na afloop van de sessie werd de anatomische kennis schriftelijk getoetst op drie kennisdomeinen: feitelijk, functioneel en ruimtelijk; met 10 vragen per domein. Ook de tevredenheid van de leermethode werd geëvalueerd.

Resultaten

De resultaten werden gestratificeerd op basis van het ruimtelijk inzicht. De totaalscores op de anatomische kennistoets was niet significant verschillend tussen de drie groepen onder studenten met een goed ruimtelijk inzicht (HoloLens=13.7±3.2, desktop=15.6±4.2, atlas=15.9±4.1; P=0.431). Echter, na het leren met de HoloLens scoorden studenten met slecht ruimtelijk inzicht significant hoger op de toets ten opzichte van de desktopgroep (HoloLens=14.8±2.8, desktop=10.0±3.5, atlas=13.9±4.4; p=0.005). De hogere score van de HoloLens groep ten opzichte van de atlas groep was niet significant. De tevredenheid over de leermethode was het grootst in de HoloLens groep (HoloLens=4.8; desktop=3.5; atlas=2.4; p=0.000)

Discussie

Resultaten tonen aan dat studenten met een lager ruimtelijk inzicht gebaat zijn bij het leren van 3D anatomie m.b.v. technologie die stereoscopische waarneming ondersteunt. Een mogelijke verklaring hiervan kan worden gezocht in de verhoogde cognitieve belasting bij de afwezigheid van diepte perceptie². De leeruitkomsten van studenten met een goed ruimtelijk inzicht variëren niet met de aangeboden technieken. Dit pleit voor het gedifferentieerd aanbieden van digitale 3D content via technieken die al dan niet stereosepsis ondersteunen. De studenten in de atlas groep hebben mogelijk profijt gehad van de papieren toetsing. Het effect hiervan zal verder onderzocht worden.

Referenties

1 Langlois J, Bellemare C, Toulouse J, Wells GA. Spatial abilities and anatomy knowledge assessment: A systematic review. 2017. 10(3):235-241

2 Huk, T. Who benefits from learning with 3D models? The case of spatial ability. Journal of Computer Assisted Learning. 2006;22,392-404.

Trefwoord: Learning outcomes: All, Students/Trainees: All, Medical education: Undergraduate education

Wijze van presentatie: Onderzoekspaper

Ontwikkeling van interprofessioneel onderwijs zou een bijdrage kunnen leveren aan betere samenwerking tussen gynaecologen en verloskundigen (zie referentie). Omdat er al diverse toekomstige zorgprofessionals naast elkaar worden opgeleid, is een opleidingsziekenhuis bij uitstek ook een geschikte plaats om interprofessioneel op te leiden. InterProfessionele Educatie (IPE) houdt in dat studenten van 2 of meer disciplines van, met en over elkaars rollen leren gedurende een deel van hun opleiding met als doel patient-centered care te kunnen leveren.

Beschrijving van de interventie/innovatie

Sinds oktober 2016 start er elke week start er een nieuw team van 4 studenten, die gedurende 5 dagen zorgen voor 4 patiënten (met hun pasgeborenen) van de afdeling. Een IPE-team bestaat uit een coassistent verloskunde en gynaecologie (VUMC), coassistent kindergeneeskunde (AMC), een derdejaars verloskundige in opleiding (VIO) en een verpleegkundige (in opleiding). Zij functioneren gedurende deze week onder begeleiding van getrainde verpleegkundig, verloskundig en medisch tutoren. Elke dag begint het team met een gezamenlijke overdracht door de verpleegkundige nachtdienst. Daarna gaan ze, na introductie aan elkaar en aan de tutoren, als team aan de slag. Inlezen, noodzakelijke controles identificeren en uitvoeren (bij zowel moeder als kind), opstellen en onderbouwen van zowel het medisch inhoudelijke als verpleegkundige beleid. Elke dag komt het team tussen 10 en 11 uur samen om, onder leiding van de verpleegkundig, verloskundig en medisch tutor de patiënten aan elkaar te presenteren en, klinisch redenerend, beleid te formuleren. Hierbij worden door de tutoren tevens vragen over voorgesteld beleid en de zorg gesteld. Hierna worden, onder supervisie voortgangs- en ontslaggesprekken gevoerd, gezorgd voor documentatie en de verdere zorg. Ook wordt zo nodig overlegd de gynaecoloog, kinderarts, lactatiekundige of verloskundig ketenpartners. Na de middagoverdracht aan de avonddienst presenteren de studenten aan elkaar over een aantal onderwerpen waarin ze zich in de loop van de dag verder hebben verdiept. Ook is hier expliciet ruimte voor samenwerkingsvragen en opgedane inzichten in elkaars rollen.

Ervaringen/analyse van de implementatie

De zorg op de IPE-unit wordt door patiënten als goed ervaren, mede vanwege het feit dat er in de dagdienst dezelfde zorgverleners aan het bed staan. Studenten vanuit de verschillende opleidingen krijgen daarnaast waardering voor elkaars rollen in de patiëntenzorg, terwijl ze in de authentieke situatie samen zorg dragen voor het beleid en de dagelijkse zorg voor de patiënt.

Lessons learned (implicaties voor de praktijk)

Zoek binnen de bestaande zorgcontext naar mogelijkheden om diverse zorgprofessionals (in wording) met van en over elkaars rollen te laten leren. Laat ze in de authentieke situatie samen zorg dragen voor het beleid en de dagelijkse zorg voor de patiënt.

Referenties

1 Tailoring CabMEDS for training in Obstetrics and Gynaecology in the Netherlands, N. van der Lee, nov 2014

Trefwoord: Curriculum: Inter-professional, Learning outcomes: Reflection / Critical thinking / decision-making / clinical reasoning, Medical education: Undergraduate education

Wijze van presentatie: Praktijkpaper

Interprofessionele e-learning in de geboortezorg: ontwikkeling en evaluatie van onderwijs voor professionals

Hendrix MJC, Korstjens I, Molenaar J
Zuyd Hogeschool

Context/probleemstelling of aanleiding

Uit een behoefteanalyse blijkt dat cliënten en professionals behoefte hebben aan handvatten en competenties om gezamenlijke besluitvorming (GB) toe te passen in de dagelijkse praktijk van de geboortezorg. Eisen zijn dat de interventie interactief is en online praktische ondersteuning biedt en zich richt op alle typen zorgverleners en een variatie in cliënten. Volgens de methode Rapid prototyping vond de ontwikkeling van de e-learning stapsgewijs plaats met de beoogde gebruikers. In alle stappen namen in Limburg en Zuidoost Brabant cliënten en professionals deel: eerstelijns- en klinisch verloskundigen, kraamverzorgenden, gynaecologen en verpleegkundigen.

Beschrijving van de interventie/innovatie

De stapsgewijze ontwikkeling heeft geleid tot een e-learning die informatief, interactief en praktisch is, zodat professionals direct aan de slag kunnen. Het doel is het verbeteren van inzicht, kennis, attitude en vaardigheden om GB toe te passen in de dynamiek van de dagelijkse geboortezorg. De cursus duurt 2 uur verdeeld over 4 modules van minimaal 30 minuten: Introductie in GB, Coaching in empowerment, GB in specifieke situaties, GB in het geboortezorgnetwerk. We werken met filmfragmenten, PowerPointpresentaties, korte teksten, oefeningen, reflectievragen, interviews en tips. Deelnemers ontvangen ook informatiemateriaal voor cliënten over GB. De professional kiest steeds het moment van inloggen. We adviseren om 1 module per week te doen, maar sneller of langzamer is mogelijk.

Ervaringen/analyse van de implementatie

Voor de pilot deden professionals tussen 9 januari tot 28 februari 2018 de e-learning. Vóór de start van de e-learning, direct na de e-learning en 6 weken na de e-learning vulden de deelnemers een vragenlijst in over hun kennis en attitude ten aanzien van GB, evaluatie van de e-learning en aanbevelingen voor doorontwikkeling en implementatie. Uiteindelijk doorliepen 534 professionals in de geboortezorg de e-learning. De resultaten van de vragenlijsten worden tijdens het congres gepresenteerd.

Lessons learned (implicaties voor de praktijk)

De met cliënten en professionals ontwikkelde e-learning komt tegemoet aan behoeften van professionals. Dit komt doordat deze een variatie in professionele disciplines, opleiding niveaus en leerstijlen aanspreekt met een mix aan inhoud en leermiddelen. Ontwikkeling vergt een stapsgewijze aanpak met regelmatige feedback in een team van beoogde gebruikers, onderzoekers en deskundigen in GB, didactiek en multimedia-design.

Gezamenlijke ontwikkeling en evaluatie creëert vruchtbare grond voor verdere implementatie. De ervaringen en evaluaties draagt bij aan de doorontwikkeling van de e-learning voor nationale verspreiding in het najaar 2018.

Referenties

1 Molenaar J, Korstjens I, Hendrix M, de Vries R, Nieuwenhuijze M. Needs of parents and professionals for achieving shared decision-making in interprofessional maternity care practice: a qualitative study. *Submitted*

Trefwoord: Curriculum: Inter-professional, Learning outcomes: Communication skills, Teaching & learning: e-learning/computers

Wijze van presentatie: Praktijkpaper

Vitaal Lent. Interprofessioneel samenwerken en leren gericht op gezond en actief ouder worden in Lent

Kuijjer-Siebelink W¹, Laar F van de², Loeffen M³, Laurant M¹

¹Hogeschool van Arnhem en Nijmegen, ²Radboudumc, ³AGC Thermion

Context/probleemstelling of aanleiding

De Hogeschool van Arnhem en Nijmegen (HAN) en het Radboudumc anticiperen op de veranderende zorgvraag door anders op te leiden. Bijvoorbeeld binnen de hybride leeromgeving van gezondheidscentrum Thermion waar (toekomstig) zorgprofessionals voorbereid worden op gezondheidsvraagstukken in onze veranderende maatschappij. Thermion stelt zich tot doel ouderen langer thuis te laten wonen, langer zelfredzaam te laten zijn, hen medeverantwoordelijk te maken voor hun eigen gezondheid en te helpen aanpassen aan nieuwe uitdagingen. Dit middels een geïntegreerde aanpak.

Beschrijving van de interventie/innovatie

Vitaal Lent is ontwikkeld en uitgevoerd binnen de hybride leeromgeving AGC Thermion. Vitaal Lent richtte zich op het verbeteren van het welzijn en de gezondheid van oudere inwoners van Lent door de ontwikkeling van een duurzaam geïntegreerd aanbod van activiteiten. Belangrijk hierbij was het verbeteren van de samenwerking tussen professionals onderling, maar ook het versterken van de samenwerking met inwoners van Lent. Vitaal Lent heeft gebruik gemaakt van participatief actieonderzoek, om de betrokkenen te ondersteunen in de ontwikkeling van de activiteiten en hun persoonlijke ontwikkeling.

Ervaringen/analyse van de implementatie

We ontwikkelden drie activiteiten: a) een online leefstijlscreening; 2) interventie Samen Gezond Actief; en 3) een beweeg- en ontmoetingsroute. Daarin werkten fysiotherapeuten, huisartsen, diëtisten, ergotherapeuten, wijkverpleegkundigen, GGD, sociaal wijkteam, studenten en (docent)onderzoekers van de HAN, beleidsmedewerkers van de gemeente Nijmegen en inwoners van Lent samen. De belangrijkste verandering die professionals en inwoners doormaakten betrof het exploreren van de rol en mogelijkheden van de inwoner in relatie tot de rol van de professional, én het daadwerkelijk benutten van elkaars kennis en kunde. Daarnaast hebben de professionals zich ontwikkeld ten aanzien van het professioneel organiseren van de samenwerking, waarbij duidelijkheid over rollen en taken van de betrokkenen, een open sfeer, facilitering van gezamenlijke besluitvorming en daadkracht belangrijke aspecten zijn.

Lessons learned (implicaties voor de praktijk)

Het werken aan preventieve, integrale gezondheidsinitiatieven draagt bij aan 'anders denken, anders leren, en anders doen' (van Vliet e.a., 2016). Vitaal Lent heeft daarbij een drieledige doelstelling bereikt, passend bij de nieuwe rol van het hbo. Vitaal Lent betrof een dynamische netwerksamenwerking. Het netwerk laat zien dat gezondheid een intersectoraal probleem is en dus een intersectorale aanpak vereist. Dit heeft implicaties voor het onderwijs: expliciet aandacht voor de rol van de burger in relatie tot die van de professional, interprofessioneel samenwerken en leren én de ontwikkeling van netwerkprofessionaliteit wordt essentieel geacht. Het is daarbij belangrijk is dat (toekomstig) professionals zich bewust zijn van het veranderd perspectief op gezondheid en dit expliciteren in de samenwerking.

Referenties

1 Van Vliet, K. Grotendorst, A. Roodbol, P. (2016). *Anders kijken, anders leren, anders doen: grensoverstijgend leren en opleiden in zorg en welzijn in het digitale tijdperk*. Zorginstituut Nederland. Geraadpleegd via <http://www.opleidenvoor2030.nl/>.

Trefwoord: Learning outcomes: Teamwork, Teaching & learning: Experiential learning, Learning outcomes: Life-long learning

Wijze van presentatie: Praktijkpaper

Interprofessioneel onderwijs 'hoe houden we de zorg betaalbaar'

Beeck EF van¹, Franken M², Varkevisser M², Erasmus V¹

¹Erasmus MC, ²Erasmus School of Health Policy and Management

Context/probleemstelling of aanleiding

De kosten van de gezondheidszorg beslaan reeds een groot deel van de collectieve uitgaven in Nederland en zullen bij ongewijzigd beleid sterk stijgen. Kostenbeheersing in de zorg is noodzakelijk, maar daarbij moet de kwaliteit van zorg op een hoog niveau blijven. Dit vraagt om kostenbewustzijn en kennis van doelmatigheidsprincipes bij artsen. In de geneeskunde curricula wordt hieraan echter nog weinig aandacht besteed en studenten hebben gevraagd om het onderwijs op dit terrein te versterken (Geessink 2014).

Beschrijving van de interventie/innovatie

In het Erasmus MC is een leerlijn geïmplementeerd, die zich onder andere richt op versterking van de competentie maatschappelijk handelen. Binnen deze leerlijn wordt in alle jaren van de bachelor aandacht besteed aan kostenaspecten van zorgverlening. In jaar 1 wordt inzicht gegeven in de zorgkosten en hun determinanten. In jaar 2 leren studenten relevante basisprincipes en methoden van economische zorgvaluaties. In jaar 3 worden deze principes toegepast in interprofessioneel onderwijs met docenten van ESHPM en Erasmus MC. Hierbij maken studenten geneeskunde tijdens teambased onderwijssessies samen met studenten van de ESHPM Bachelor Gezondheidswetenschappen, Beleid en Management Gezondheidszorg (BMG) keuzen over het wel of niet toelaten van zorg tot het basispakket. Zij moeten kiezen uit 6 mogelijke maatregelen (2 preventie, 2 cure, 2 care) bij een zorgbudget, waarmee slechts een deel van de wensen gerealiseerd kan worden. Voor de gekozen maatregelen moeten zij ook financiële dekking vinden via verhoging van de zorgpremie en/of het eigen risico. Het onderwijs heeft als doel dat studenten kennis over de kosten en economische zorgevaluaties toe kunnen passen bij het formuleren en onderbouwen van standpunten en argumenten rond kostenbeheersing en deze kunnen toetsen aan die van anderen en kunnen inbrengen in maatschappelijke debatten.

Ervaringen/analyse van de implementatie

Er hebben in totaal 384 geneeskunde studenten en 28 BMG studenten geparticipeerd, verdeeld over 17 onderwijssessies. Door 96 groepjes werden voorstellen uitgewerkt met een grote variatie in inhoud en financiering. Studenten van beide opleidingen vonden de teambased learning aanpak prettig en leerzaam en vonden dat er veel geleerd kan worden van elkaars kennis en perspectieven. Deze aanpak leidde tot goed onderbouwde en stimulerende discussies.

Lessons learned (implicaties voor de praktijk)

Het gezamenlijk laten volgen van onderwijs door studenten van verschillende faculteiten kent organisatorische en logistieke uitdagingen. De teambased aanpak begeleid door docenten van twee opleidingen was succesvol en zal worden gecontinueerd. Binnen interprofessionele educatie is vaak aandacht voor de samenwerking tussen artsen en verpleegkundigen, maar ook samenwerking met toekomstige beleidsmakers is wenselijk. Hierbij moet casuïstiek worden gebruikt, die uitdagend is voor studenten van beide faculteiten.

Referenties

1 Geessink N. Co's willen meer leren over zorgkosten. Medisch Contact, 13 februari 2014.

Trefwoord: Curriculum: Inter-professional, Learning outcomes: Health economics, Teaching & learning: Collaborative/peer-to-peer

Wijze van presentatie: Praktijkpaper

Het aanleren van technische vaardigheden voor minimaal invasieve chirurgie, veilig leercurves doorlopen buiten de patiënt

Hardon SF¹, Horeman T², Daams F¹, Bonjer HJ¹, Peet DL van der¹

¹Amsterdam UMC, loc. VUmc, ²TU Delft

Context/probleemstelling of aanleiding

Minimaal invasieve chirurgie (MIC) is een vorm van chirurgie met grote voordelen voor de patiënt; minder pijn, kleine wondjes, sneller herstel en kortere opnameduur. Echter, MIC is meer complex door o.a. verandering van 3D-zicht naar 2D-zicht, het omgaan met langere instrumenten, het "fulcrum effect" (hand omhoog, instrumenttip omlaag en vice versa) en verlies van tactiele feedback. Hierdoor kent deze techniek een lange leercurve voor technische vaardigheden, zoals hand-oog coördinatie, behendigheid en het bimanueel werken. Idealiter doorloopt de chirurg in opleiding deze leercurve in een veilige omgeving buiten de operatiekamer. De instrument behandeling is goed aan te leren door tijdens supervisie van een opleider voldoende te repeteren. Echter, uit onderzoek is gebleken dat de weefselspanning zonder adequate feedback niet goed te trainen én niet goed te beoordelen is. Bij onnodig veel spanning is er een sterk verhoogde kans op het scheuren van weefsel, met mogelijke ernstige complicaties tot gevolg (1). Zonder gerichte objectieve beoordeling blijft onduidelijk of de assistent wel het juiste niveau heeft behaald om veilig te opereren.

Beschrijving van de interventie/innovatie

Een state-of-the-art meetsysteem voor objectieve beoordeling van vaardigheden werd geïmplementeerd in een boxtrainer. Dit training systeem, ontwikkeld en gevalideerd aan de Technische Universiteit Delft, is het eerste systeem ter wereld dat naast het meten van kracht- en bewegingsparameters (i.e. afgelegde afstand van instrumentaria) ook directe force feedback geeft tijdens het uitvoeren van een oefening(2). Door toevoeging van deze informatie hebben wij beter inzicht gekregen in de leercurve en ontvangt de deelnemer gedetailleerde objectieve feedback tijdens het uitvoeren van een oefening.

Ervaringen/analyse van de implementatie

Een vergelijking tussen het objectieve meetsysteem en de conventionele subjectieve manier middels beoordelingsformulieren laat een globale correlatie tussen beide methoden zien voor wat betreft de beoordeling van instrument behandeling en efficiëntie van beweging. Echter, door middel van objectieve data hebben wij geobserveerd dat de weefselspanning nog te hoog is aan het eind van de training en dat de kans op complicaties in de operatiekamer dus onnodig hoog is. In de opvolgende studie hebben assistenten in de thuissituatie getraind met de boxtrainer. Tijdens deze training ontvingen de cursisten tijdens en na elke uitvoering van een oefening objectieve feedback. Op deze manier waren alle participanten in staat binnen drie weken het vooraf ingestelde expertniveau te behalen.

Lessons learned (implicaties voor de praktijk)

Door gerichte feedback op weefselmanipulatie en instrumentbehandeling kan men onafhankelijk van tijd en plaats, gericht trainen op tekortkomingen en efficiënt een individuele leercurve doorlopen. Door deze manier van opleiden hebben assistenten niet meer de eerste ervaring met laparoscopie en instrumenten in de buik van een levende patiënt, maar kunnen zij aangetoond bedreven in vaardigheden en met terecht zelfvertrouwen de operatiekamer betreden.

Referenties

1 Stassen LP, Bemelman WA, Meijerink J (2010) Risks of minimally invasive surgery underestimated: a report of the Dutch Health Care Inspectorate. Surg Endosc 24(3):495–498

2 Horeman T, Dankelman J, Jansen FW, van den Dobbelaars JJ (2014) Assessment of laparoscopic skills based on force and motion parameters. IEEE Trans Biomed Eng 61(3):805-13

Trefwoord: Learning outcomes: Patient safety / errors, Assessment: Feedback, Curriculum: Integration

Wijze van presentatie: Praktijkpaper

Wordt de toepassing van elders verkregen chirurgische vaardigheden nog belemmerd?

Simmermacher RKJ, Cate TJ ten
UMC Utrecht

Context/probleemstelling of aanleiding

De opleiding tot chirurg was van oudsher een “meester-gezel”-type opleiding, waarbij de opleider inhoud en vorm bepaalde. Extern verkregen kennis, indien überhaupt mogelijk, werd meestal niet op prijs gesteld. Inmiddels is de opleiding ingrijpend veranderd en doet zich de vraag voor of extern verkregen kennis nog steeds op problemen stuit bij de toepassing ervan in de eigen kliniek.

Beschrijving van de interventie/innovatie

AIOS Chirurgie en Orthopedie, die deelnamen aan een internationaal vaardigheidstraining in de behandeling van botbreuken, legden vooraf, direct achteraf en enkele maanden na de cursus een elektronische toets af. Aan de laatste toets afname was een enquête gekoppeld over eventuele problemen, die men bij de lokale toepassing van de nieuwe kennis zou kunnen zijn tegengekomen.

Ervaringen/analyse van de implementatie

Twee groepen van 1e en 2e jaars (orthopedisch) chirurgische assistenten namen in 2014 (groep A) of in 2015 (groep B) deel aan dezelfde AO Trauma Europe Principles Course of Operative Fracture Management®. De (verplichte) pre-test werd door 95% gemaakt. De vrijwillige post-course test (binnen een week) en de test na 5 maanden hadden een respons-rate van gemiddeld 65% resp. 56%. In groep A, 45% en in groep B 50% der deelnemers bleken niet in staat hun, in de betrokken cursus opgedane, kennis toe te passen. De reden was dat zich geen geschikte patiënten of situaties hadden voorgedaan, vooral door een niet passend roulatie-schema in de kliniek. Factoren als weerstand van de opleider, interne protocollen of ziekenhuis-policy werden in geen enkel geval als belemmerende factoren genoemd.

Lessons learned (implicaties voor de praktijk)

Autoriteit en/of protocollen vormen kennelijk thans geen belemmering meer bij de toepassing van extern opgedane kennis of vaardigheden in de chirurgische praktijk. De belangrijkste factor die de toepassing in de weg staat is een mismatch van het moment waarop de cursus wordt gegeven en het vroeg vastgelegde roulatie-schema van de AIOS in het ziekenhuis. De vraag is of een geschikte timing van de AO cursus mogelijk is.

Referenties

1 de Boer PG, Buckley R, Schmidt P et al, Injury 2012; 43: 290-4

Trefwoord: Curriculum: Evaluation of curriculum, Medical education: Postgraduate education, Medical education: Postgraduate education

Wijze van presentatie: Praktijkpaper

Multidisciplinaire Acute Training in het Radboudumc. Een inspirerend praktijkvoorbeeld!

Morsink MEB, Cottaar MEJ
Radboudumc

Context/probleemstelling of aanleiding

Simulatieonderwijs en -training wordt meer en meer gebruikt in zowel de reguliere master Geneeskunde als ook in de medisch specialistische vervolgopleiding. Meestal begint een dergelijke training als middel om het individueel handelen te verbeteren, maar duidelijk is dat het ook gebruikt kan worden om multidisciplinaire teams te trainen. Dit gebeurt echter nog maar zeer weinig en vaak blijven deze trainingen beperkt tot het eigen vakgebied.

Zeker als het gaat om de acute zorg, zoals multitrauma's, reanimaties of vitaal bedreigde kinderen, blijkt uit onderzoek dat dergelijke trainingen de communicatie en samenwerking verbetert, resulterend in een betere zorg voor de patiënt in een kritieke situatie.

Beschrijving van de interventie/innovatie

De afdeling Spoedeisende Hulp van het Radboudumc heeft daarom de MDAT ontwikkeld; Multi Disciplinaire Acute Training. Een simulatietraining met ad hoc samengestelde teams waarbij verpleegkundigen, AIOS en stafleden van verschillende afdelingen naast de spoedeisende geneeskunde zoals de anesthesiologie, heelkunde, cardiologie, kindergeneeskunde en intensive care deelnemen. Iedere twee weken wordt er onaangekondigd een casus getraind op de SEH, die is voorbereid door een faculty van stafleden van eerdergenoemde afdelingen onder leiding van een SEH-arts KNMG. Hierbij ligt de nadruk op de zogenaamde non-technical-skills, zoals bekend uit CRM.

Ervaringen/analyse van de implementatie

Initieel waren alle deelnemers enthousiast over de MDAT en de mogelijkheden die het biedt om interdisciplinair te trainen en zo de communicatie en samenwerking te verbeteren. Daarnaast was ook de insteek van een CRM-training nieuw voor de meeste deelnemers en daardoor waardevol. Het bleek echter lastig om voldoende faculty vrij te kunnen maken van de dagelijkse (druke) werkzaamheden in een academisch ziekenhuis voor de MDAT, daarom is de faculty-pool uitgebreid. Ook bleek er een zekere weerstand te bestaan, met name bij stafleden, voor het simuleren van een casus. Tevens is er tot op de dag van vandaag discussie of het noodzakelijk is om onaangekondigd te trainen. De meningen hierover zijn verdeeld en nog niet uitgekristalliseerd. Desondanks overheerst een positief oordeel over deze MDAT.

Lessons learned (implicaties voor de praktijk)

Multidisciplinaire acute training heeft, zeker volgens de deelnemers, een meerwaarde als het gaat om verbetering van communicatie en samenwerking in ad hoc samengestelde teams. Dat hierdoor de zorg voor de individuele patiënt verbetert lijkt evident. Het Radboudumc laat zien hoe dergelijke training in de praktijk op een bestendige manier vorm gegeven kan worden. Voorwaarde hiervoor is dat alle betrokken afdelingen het belang van deze training onderschrijven.

Referenties:

1 <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26614537> 2016 Feb;19(1):44-53. doi: 10.1016/j.aenj.2015.10.001. Epub 2015 Nov 21. *What is the impact of multidisciplinary team simulation training on team performance and efficiency of patient care? An integrative review.*
https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Murphy%20M%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=26614537,
https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Curtis%20K%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=26614537,
https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=McCloughen%20A%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=26614537.

Trefwoord: Teaching & learning: Simulation, Learning outcomes: Teamwork, Learning outcomes: Leadership skills

Wijze van presentatie: Praktijkpaper

Een minor snijdende specialismen: integratie van kennis, vaardigheden en professionele ontwikkeling

Gurp PJ van, Linge A van, Zandstra SM, Alken APB, Fluit CRMG
Radboudumc

Context/probleemstelling of aanleiding

In het nieuwe curriculum geneeskunde zijn praktijkgericht onderwijs, een samenwerkend leerproces en 'de patiënt centraal' belangrijke uitgangspunten. Patiëntcontactonderwijs start dan ook in kwartaal 1 van het 1^e jaar. Studenten leren contact leggen met patiënten, nieuwsgierig zijn, het patiëntenperspectief goed verkennen en hoe zij zich moeten verhouden tot patiënten en collega's. Daarnaast is in een separate leerlijn Professionaliteit gedurende 3 jaar aandacht besteed aan leren van patiëntcontacten, samenwerkingsvaardigheden en het vragen, geven en ontvangen van feedback.

In deze minor leren zij het beroep van een snijdend specialist kennen en wat het betekent voor een patiënt om geopereerd te worden. Zij volgen daarvoor een patiënt vanaf het verwijsmoment door een huisarts tot en met het ontslag en herstel thuis.

Beschrijving van de interventie/innovatie

In deze minor hebben de studenten onder andere 2 opdrachten: zij observeren de samenwerking tussen alle zorgverleners in de zorgketen van de patiënt én zij verkennen het perspectief van de patiënt in dit zorgproces en presenteren deze voor het snijdend specialisme waar de ingreep heeft plaatsgevonden. Zij passen hierbij de vaardigheden toe die zij hebben opgedaan in het eerdere patiëntcontactonderwijs en de leerlijn professionaliteit. Zij reflecteren op hun ervaringen.

Ervaringen/analyse van de implementatie

24 Studenten hebben gekozen voor deze minor. De studenten hebben de patiënten adequaat benaderd en bevraagd. Studenten zijn in staat om veel waardevolle informatie te verkrijgen die een medisch technische anamnese ver overstijgt. Het patiëntenperspectief is breed verkend.

De studenten zijn in staat om de samenwerking tussen zorgverleners nauwkeurig te observeren. Deze observaties bestaan zowel uit goede voorbeelden als uit 'missers'. De studenten zijn in staat gebleken om in een voor hen ongewone setting in de goede bewoordingen en toon, de medisch specialisten op een overdracht of ochtendrapport te kunnen (en durven) vertellen waar het verkeerd ging in die zorg. Deze medisch specialisten namen de feedback zeer serieus en gaven aan het interessant te vinden om eens (indirecte) feedback krijgen van derdejaars studenten over hun patiënten.

Verslagen van de studenten, die nog beoordeeld moeten worden, worden geëvalueerd op de door de studenten zelf beschreven leerervaring.

Lessons learned (implicaties voor de praktijk)

Het nieuwe curriculum, met expliciete aandacht voor persoonlijke en professionele bewustwording en ontwikkeling leidt tot een bijzondere leerervaring in de praktijk: de studenten onderwijzen de medisch specialist over het patiëntenperspectief. De student ontwikkelt zich tot onze jonge collega, leert over aanspreekcultuur in relatie tot kwaliteit van zorg en lijkt hiermee optimaal voorbereid om te beginnen aan zijn coschappen.

Trefwoord: Curriculum: Integration, Learning outcomes: Patient safety / errors, Learning outcomes: Professionalism / attitude / ethics

Wijze van presentatie: Praktijkpaper

Leren door shockeren: een hermeneutische visie op ethiekonderwijs

Voskes Y, Diepeveen M, Heijden JW van der, Widdershoven GAM
Amsterdam UMC, loc. VUmc

Context/probleemstelling of aanleiding

In de bacheloropleiding geneeskunde van VUmc wordt ieder semester in de major afgesloten met een 'Arts en patiënt (AP)' cursus. In deze cursussen wordt niet alleen ingegaan op de biomedische kennis en kunde maar is er ook aandacht voor de maatschappelijke en wetenschappelijke context van de geneeskunde. In de cursus Arts en Patiënt 2 staan ethiek en recht centraal, geïntegreerd met nefrologie. Een van de doelen van deze cursus is dat studenten inzicht krijgen in eigen waarden en normen t.a.v. medisch-ethische thema's.

Beschrijving van de interventie/innovatie

De interventie betreft een hoorcollege over orgaandonatie. Na een inleiding op het onderwerp vanuit een medisch en juridisch perspectief confronteerden we studenten met enkele dilemma's rondom orgaandonatie. Komt iedereen in aanmerking voor een donornier? Ook als je ongezond leeft? Is het eerlijk dat je via Facebook een donor kunt 'werven'? Geïnspireerd op 'De Grote Donorshow' van BNN werd aan studenten gevraagd: 'Aan wie geef jij je nier?' Daarna werden steeds twee foto's getoond van (bekende) personen waar de student tussen moest kiezen. Voor de laatste keuze werd een foto getoond van een man met een ernstige beperking in een rolstoel en een gezond-ogende man. Studenten kozen in grote getalen voor de gezond-ogende man. In het gesprek dat daarop volgde, gaven de studenten verschillende argumenten voor deze keuze; zo zou de man in de rolstoel geen goede levensverwachting hebben en mogelijk ook cognitief beperkt zijn. Na dit gesprek kwam de gehandicapte man de collegezaal in om zelf aan het college deel te nemen en te vertellen over zijn niertransplantatie. De studenten waren geschokt.

Ervaringen/analyse van de implementatie

Door het gecontroleerde shockeffect doorliepen studenten als het ware de hermeneutische cirkel (Gadamer, 1960) waarbij men geconfronteerd wordt met de eigen vooroordelen door een confrontatie met andere perspectieven, deze vooroordelen onderzoekt en de eigen vooronderstellingen bijstelt en de eigen horizon verbreedt. Dit leidde tot betrokken studenten die open vragen stelden aan de patiënt. Waar studenten zich vaak beperken tot het stellen van medisch inhoudelijke vragen, stelden studenten nu ook vragen op psychosociaal gebied, en vragen op het gebied van beleving en zingeving. Dit leidde tot een verandering van perspectief van de studenten, en meer begrip voor de situatie van de patiënt.

Lessons learned (implicaties voor de praktijk)

Het creëren van een contrastervaring kan effect hebben op het bewustzijn van studenten ten aanzien van hun eigen vooroordelen. Voor de studenten moet achteraf wel toegelicht worden waarom voor deze opzet gekozen is, om te voorkomen dat het vertrouwen tussen de docent en de student geschaad wordt. Ook is openheid vanuit de docenten genodigd, omdat de hermeneutische cirkel uit gaat van wederkerigheid.

Referenties

1 Gadamer (1960). Wahrheit und Methode. Mohr. Tübingen.

Trefwoord: Curriculum: Integration, Learning outcomes: Professionalism / attitude / ethics, Learning outcomes: Reflection / Critical thinking / decision-making / clinical reasoning

Wijze van presentatie: Praktijkpaper

Feedback op morele casus coassistenten in M2 in Isala Zwolle

Hasker AJ, Nijholt IM, Broekhoff FJG, Brand PLP, Hoekstra BT
Isala klinieken

Context/probleemstelling of aanleiding

In hoeverre zijn vijfdejaars coassistenten met de gehanteerde instructies in staat om een morele casus te beschrijven die geschikt is voor bespreking tijdens een moreel beraad?

Elke vijfdejaars coassistent in Isala krijgt de opdracht om één keer een morele casus te beschrijven. Deze casus wordt aan de hand van een gestructureerd feedback formulier van feedback voorzien door een getrainde gespreksleider.

We hebben de kwaliteit van deze casuïstiek geëvalueerd.

Beschrijving van de interventie/innovatie

Coassistenten ontvingen aan het begin van het studiejaar een instructie waarin werd gevraagd om een morele casus te beschrijven volgens een vast format.

In de instructie, het invulformulier en het feedbackformulier stonden de criteria waaraan de casus moest voldoen:

- De perspectieven van de verschillende betrokkenen moeten worden beschreven.

- Wat er op het spel staat in de beschrijving van de situatie moet worden samengevat in de morele vraag.

- De situatie moet spelen op teamniveau of multidisciplinair niveau.

Vanaf september 2017 is de kernvraaggenerator toegevoegd, een hulpmiddel om de morele vraag te formuleren. (noot 1)

Casuïstiek die als onvoldoende werd beoordeeld, moest aangepast worden voordat het in het portfolio opgenomen mocht worden.

Ervaringen/analyse van de implementatie

Voorjaar 2018 hebben twee geestelijk verzorgers onafhankelijk van elkaar 54 morele casus uit 2017 uit de portfolio's van vijfdejaars coassistenten beoordeeld. Slechts 33 casus voldeden aan alle drie gestelde criteria. Vier bevatten geen moreel dilemma. De overige zeventien casus speelden niet op teamniveau of multidisciplinair niveau, maar bevatten beschrijvingen van professionele morele dilemma's (6) of situaties die alleen tussen arts en patiënt speelden (11).

Bij de analyse bleek het grootste probleem dat de beoordelingscriteria voor 'de beschrijving van de perspectieven van de betrokkenen' in de instructie ontbraken. Na een eerste analyse van de casus zijn we gekomen tot de volgende werkdefinitie: "Het perspectief van de betrokkenen moet zodanig omschreven worden dat aan de beschrijving ten minste één argument ontleend kan worden voor de bespreking van de morele vraag."

Lessons learned (implicaties voor de praktijk)

Deze resultaten laten zien dat coassistenten in een groot algemeen ziekenhuis bij de formulering van een morele casus moeite hebben om de perspectieven van de betrokkenen expliciet en herkenbaar onder woorden te brengen. Zowel de gehanteerde instructies als het proces van feedback geven moeten op dit punt aangepast worden.

Referenties

1 Menno de Bree en Eite Veening, *Handleiding moreel beraad. Praktische gids voor zorgprofessionals*, Van Gorcum 2016, 2^e herziene druk, p.48

Trefwoord: Learning outcomes: Professionalism / attitude / ethics, Research in medical education: Ethics

Wijze van presentatie: Praktijkpaper

Mentoraat 2.0. Ervaringen met de ontwikkeling en implementatie van een longitudinaal mentoraatsprogramma binnen de huisartsopleiding

Timmerman A, Schreurs M, Punt F, Guerrieri R
Universiteit Maastricht

Context/probleemstelling of aanleiding

De ontwikkeling van zelfregulatie in leren wordt tijdens medische opleidingen gestimuleerd door het aanbieden van mentoraat, in voorbereiding op levenslang leren door toekomstige medische professionals. Uit onderzoek blijkt dat een longitudinale onderwijslijn gericht op leren reflecteren en begeleiding door een mentor gedurende een langere periode voorwaarden zijn voor een mentoraat, dat effectief is voor de professionele ontwikkeling. In de onderwijspraktijk blijkt deze uitkomst niet consequent geïmplementeerd en ook binnen de huisartsopleiding Maastricht bestond al langer de behoefte aan een longitudinaal mentoraatsprogramma, toegespitst op de setting van werkplekleren binnen een medische vervolgopleiding.

Beschrijving van de interventie/innovatie

In het kader van een pilot is een longitudinaal mentoraatsprogramma ontwikkeld voor jaar 1, bestaande uit 8 themabijeenkomsten van 1,5 uur, met als doel om zowel huisartsen-in-opleiding (AIOS) te ondersteunen in het bewuster reflecteren en sturen van het eigen leerproces, als ook mentoren een kader voor de begeleiding aan te bieden in thema's, didactiek en onderwijsmaterialen. Dit programma wordt verspreid over het hele jaar aangeboden aan de AIOS, die zijn verdeeld in groepen van 5-6 AIOS onder begeleiding van een mentor, die iedere AIOS daarnaast ook individueel mentoraat aanbiedt. Parallel aan het groepsmentoraat zijn er ook maandelijkse sessies geweest met de mentoren voorafgaand aan deze bijeenkomsten om te informeren en uit te wisselen.

Ervaringen/analyse van de implementatie

Het mentoraatsprogramma is na 6 en 12 maanden door zowel AIOS als docenten positief geëvalueerd op de relevantie van inhoudelijke onderwerpen, afwisseling van werkvormen en het bieden van ankers in de begeleiding en planning. Aandachtspunten zijn: een verschillende interpretatie van doelen en gewenste uitvoering van de programma's bij docenten en AIOS, de behoefte aan meer begeleiding op maat bij AIOS afhankelijk van de mate van zelfregulatie in leren, en de noodzaak aan een duidelijkere afbakening ten opzichte van andere onderwijsprogramma's waarin reflectie wordt gestimuleerd, zoals uitwisselen van ervaringen en supervisie.

Lessons learned (implicaties voor de praktijk)

Een gedeeld referentiekader, bij zowel docenten als AIOS, rondom doelen, didactische aanpak en plaats in de huisartsopleiding van het mentoraatsprogramma is nodig, om dit programma regulier in het AIOS curriculum te kunnen implementeren. Het ontwikkelen van een docententraining, als ook de AIOS explicieter informeren over doelen en thema's van de bijeenkomsten zijn noodzakelijke randvoorwaarden, evenals de noodzaak om het programma flexibel in te kunnen zetten al naar gelang de intrinsieke motivatie en mate van zelfregulatie in leren van de AIOS.

Referenties

- 1 Driessen, EW, Overeem, K & van der Vleuten, CPM. *Get yourself a mentor*. Medical Education, 2011. 45(5): p. 438-439.
- 2 Taherian, K. & Shekarchian, M. *Mentoring for doctors. Do its benefits outweigh its disadvantages?* Medical Teacher, 2009. 30(4): p. e95-e99.

Trefwoord: Learning outcomes: Professionalism / attitude / ethics, Students/Trainees: Student support and counselling, Curriculum: Planning

Wijze van presentatie: Praktijkpaper

Klinische onzekerheid bij de aios: (h)erkennen en tolereren

Iersel MB van, Asselt D van
Radboudumc

Context/probleemstelling of aanleiding

Klinische onzekerheid is onlosmakelijk verbonden met het artseneroep en dus een veelvoorkomend fenomeen ook bij aios. Het krijgt echter pas sinds de laatste 1-2 jaar meer aandacht. Multimorbiditeit en kwetsbaarheid, superspecialisatie en technische mogelijkheden maken de zorg steeds complexer. Hiermee neemt onzekerheid over stellen van de juiste diagnose en keuze voor passende techniek en behandeling toe. Stress en coping door overdiagnostiek liggen zo op de loer. Toch zit omgaan met klinische onzekerheid nu niet expliciet in de opleiding.

Beschrijving van de interventie/innovatie

Aios maken we bewust van het concept klinische onzekerheid en leren ze hoe mede gerelateerd aan hun eigen karaktertrekken, hiermee om gaan. We doen dit met behulp van gevalideerde meetschalen en psychoeducatie. Deze basisinterventie breiden we uit met semi-gestructureerde interviews en kleinschalige oefensessies. Ook hebben we aandacht voor de transfer van de opgedane kennis naar de klinische praktijk, bijvoorbeeld door tijdens patiëntenbesprekingen expliciet de mate van klinische onzekerheid te benoemen en manieren om er mee om te gaan voor het voetlicht te brengen.

Ervaringen/analyse van de implementatie

Onzekerheid herkennen is de eerste stap. Aios herkennen het als onaangenaam gevoel, maar labelen het niet als onzekerheid. Een deel koppelt het aan vooral het persoonlijk functioneren, anderen ook aan het complexiteit van de patiënt. De link van onzekerheid met stress en/of meer aanvullend onderzoek aanvragen is herkenbaar.

Sommige aios vinden dat ze er al goed mee om kunnen gaan en zoeken zo nodig een klankbord bij hun aios-collega's, anderen hebben behoefte aan uitgebreide besprekingen met diverse aanwezigen. Door te expliciteren wat er onzeker is, juist ook door supervisors, ontstaat er duidelijkheid, ruimte voor discussie en uitwisseling van meningen. Aios merken dat ze niet alleen staan met hun onzekerheden in complexe situaties.

Lessons learned (implicaties voor de praktijk)

We streven ernaar aios bewust (on)bekwaam te maken voor hun eigen mate van klinische onzekerheid en coping. Deze inzichten kunnen ze omzetten/gebruiken voor persoonlijke leerplannen als onderdeel van hun individuele opleidingsplan. Hiervoor geven we ze keuze uit diverse tools.

Referenties

- 1 Simpkin AL, Schwartzstein RM. Tolerating Uncertainty - The Next Medical Revolution? N Engl J Med. 2016;375:1713-5
- 2 Hillen MA et al. Tolerance of uncertainty: Conceptual analysis, integrative model, and implications for healthcare. Social science and medicine, 2017;180:62-75

Trefwoord: Learning outcomes: Professionalism / attitude / ethics, Students/Trainees: Stress, Medical education: Trends

Wijze van presentatie: Praktijkpaper

Serious gaming voor interprofessionele samenwerking: Het Amsterdamse IPE-spel

Christoph LH

Amsterdam UMC, loc. AMC

Thema

Nut en noodzaak van interprofessioneel onderwijs (IPE) in zorgopleidingen is tegenwoordig buiten twijfel. Het ontwikkelen van effectieve én aantrekkelijke onderwijsvormen die de juiste uitdaging bieden voor deze per definitie zeer heterogene groep studenten, is geen sinecure. Zeker niet als het gaat om vaardigheidsontwikkeling op het gebied van samenwerkend leiderschap, conflicthantering en gedeelde besluitvorming. Serious gaming is bij een van nature aantrekkelijke en uitdagende werkvorm die zich ruimschoots bewezen heeft voor teamtraining.

De HvA en AMC hebben voor hun opleidingen het Amsterdamse IPE-programma ontwikkeld. Dit programma bestaat uit de IK-WIJ-SAMEN-fasen waarin studenten in de vier studiejaar van hun opleiding getraind hun interprofessionele competenties ontwikkelen. Per studiejaar volgen ruim 1000 studenten Geneeskunde, Verpleegkunde, Fysiotherapie, Oefentherapie en Ergotherapie dit onderwijs. Het IPE spel is gesitueerd in het 3^e studiejaar.

Opzet

Tijdens de workshop wordt eerst kort het Amsterdamse IPE programma toegelicht evenals serious gaming voor teamtraining (15 min). Hoofdmoot van de workshop bestaat uit het spelen van het IPE-spel (40 min). Als speler behoor je tot het interprofessionele zorgteam van een fictieve patiënt. Het team neemt besluiten over haar behandelplan en ontslag uit de klinische revalidatiekliniek. De serious game is middel om het gesprek – letterlijk op tafel - te voeren over ervaren dilemma's, tegenstrijdige belangen, ontbrekende evidence, incompatibiliteit's des humeurs in de besluitvorming over behandelplan en ontslag. Hoe breng je dit als team tot een goed einde? De workshop wordt afgesloten met een plenaire discussie (15 min) waarin deelnemers reflecteren op hun ervaring en waarin spelontwerp keuzes worden toegelicht.

Doelgroep

Zorgprofessionals, onderwijskundigen, staf medewerkers, beleidsmakers, bestuurders

Leerdoelen

Na de workshop hebben de deelnemers:

- Ervaren hoe je serious gaming kunt inzetten voor het trainen van interprofessionele vaardigheden
- Gereflecteerd op het didactisch ontwerp van het spel in relatie tot de beoogde leeropbrengsten
- Gehoord wat de ervaringen zijn met het spel binnen het Amsterdamse IPE-programma

Max aantal deelnemers: 48

Trefwoord: Curriculum: Inter-professional, Learning outcomes: Teamwork, Teaching & learning: Games

Wijze van presentatie: Workshop

Spaced learning in het medisch onderwijs: Is het tijd voor een instructionele revolutie?

Versteeg M, Timmer M, Steendijk P
LUMC

Context/probleemstelling of aanleiding

Retentie van kennis uit de basiswetenschappen, zoals anatomie en fysiologie, onderwezen tijdens de geneeskunde opleiding is relatief beperkt.¹ Desondanks is deze kennis essentieel voor het klinisch redeneren en accurate diagnostiek. Het spacing effect is een robuust fenomeen in de psychologie, waarbij kennisretentie kan worden vergroot door de te leren informatie meermaals te herhalen.² Onderwijskundige studies die zich bezighouden met 'spaced learning' focussen met name op de implementatie van meerdere toetsen en quizen om retentie te vergroten (i.e. spaced testing). Naast spacing door middel van herhaalde toetsing, pleiten nieuwe inzichten vanuit de neurobiologie voor het toepassen van spacing al in de eerdere fasen van het leren, namelijk bij instructie. Wij voeren een scoping review uit om de toepassingen van spaced leren binnen het medisch onderwijs in kaart te brengen.

Beschrijving van de interventie/innovatie

We hebben een zoekstrategie uitgevoerd in 'PubMed', 'ERIC', 'Web Of Science', 'Psycinfo' en 'Embase' waarbij we 'spaced learning' en alle aanverwante zoektermen hebben gebruikt. Deze zoekstrategie leverde een totaal van 2174 artikelen. Na selectie op basis van titels en abstracts volgens de richtlijnen van Arksey en O'Malley voor het uitvoeren van een scoping review door twee onderzoekers, bleven 250 artikelen over voor analyse.

Ervaringen/analyse van de implementatie

Spaced onderwijs wordt op verschillende manieren toegepast in het medisch domein. De meest voorkomende vorm is spaced testing, met name in online toepassingen waarbij, bijvoorbeeld, met bepaalde regelmaat e-mails met quizen worden verstuurd naar medische professionals om hun kennisretentie te vergroten. Een andere veel toegepaste manier van spaced leren vindt plaats in het simulatieonderwijs. Hierbij worden training verspreidt over meerdere dagen om het aanleren van de procedurele kennis zo optimaal mogelijk te laten verlopen. Er is nauwelijks literatuur over de toepassing van spacing in de instructiefase binnen het medisch onderwijs.

Lessons learned (implicaties voor de praktijk)

In ons scoping review hebben we gekeken naar de toepassingen van spaced leren binnen het medisch onderwijs. Opvallend is dat spacing voornamelijk wordt toegepast in de examinatiefase, maar dat er weinig spaced instructie plaatsvindt. De traditionele hoorcolleges zijn een vorm van massed instructie waarbij informatie met een grote dichtheid eenmalig wordt verstrekt. In toekomstig onderzoek gaan wij de mogelijke toepassingen en voordelen van spaced leren in de instructiefase verkennen door geoptimaliseerde spacing protocollen uit de neurowetenschappen te vertalen naar de medisch onderwijskundig context.

Referenties

- 1 Schneid et al. How much basic science content do second-year medical students remember from their first year? *Medical teacher*, 1-3, (2018).
- 2 Karpicke & Roediger. The critical importance of retrieval for learning. *Science (New York, N.Y.)* **319**, 966-968, (2008).

Trefwoord: Research in medical education: Methodologies, Learning outcomes: General, Medical education: Undergraduate education

Wijze van presentatie: Poster

Dassen WRM, Smeets JMG, Heijman J, Volders P, Crijns HJGM
MUMC+

Context/probleemstelling of aanleiding

De (geautomatiseerde) interpretatie van het elektrocardiogram heeft een lange geschiedenis, maar de reikwijdte van cardiovasculaire elektrofysiologie is de laatste jaren snel toegenomen. Dienovereenkomstig vereist de moderne elektrofysioloog die betrokken is bij behandeling van ritmestoornissen aanvullende kennis naast die van het 12-afleidingen elektrocardiogram. Het is essentieel om een hoog niveau van deskundigheid te verkrijgen en te behouden, gecertificeerd door een professionele cardiovasculaire organisatie. In Europa organiseert de European Heart Rhythm Association (EHRA) van de European Society of Cardiology trainingen en opleidingen, die leiden tot de titel van ofwel EHRA-gecertificeerde Cardiac Device dan wel Electrophysiology Specialist. In de VS verzorgt de Heart Rhythm Society een vergelijkbare training aan voor technici en cardiologen. Deze programma's bieden een grondige medisch-technische kennis betreffende hoe aritmieën moeten worden behandeld en zijn in toenemende mate een voorwaarde voor het verkrijgen van een stafpositie als klinisch elektrofysioloog en voor accreditatie van een behandelcentrum.

Beschrijving van de interventie/innovatie

Echter, voor een geselecteerde groep van professionals, zeker zij, die streven naar een leidende positie op dit gebied, is dit niet voldoende. Afgezien van de technische en klinische aspecten van behandeling van ritmestoornissen is er behoefte aan aanvullende trainingen onder andere op het gebied van leiderschap, gezondheidseconomie en biostatistische aspecten van het behandelen van hartritmestoornissen. Voor deze groep hebben de EHRA, de European Heart Academy en de Universiteit Maastricht samen een tweejarig trainingsprogramma ontwikkeld. Tweeëndertig jonge elektrofysiologen uit 22 verschillende landen, geselecteerd uit meer dan 120 sollicitanten, nemen deel aan 8 modules, elk met een specifiek onderwerp, ontworpen en uitgevoerd door twee Europese topdeskundigen uit het veld, ondersteund door gastsprekers. Voor elke module, na voorbereidend werk thuis, komen de deelnemers voor 5 dagen training naar Maastricht, gevolgd door een afsluitende evaluatiefase. Het volledige programma vereist ongeveer 900 uren studie en komt in aanmerking voor het Diploma of Advanced Study in Cardiac Arrhythmia Management (DAS-CAM), zoals gedefinieerd door het Bologna-verdrag.

Ervaringen/analyse van de implementatie

De onderwerpen die in DAS-CAM aan bod komen, bestrijken een breed spectrum variërend van ECG-interpretatie, cellulaire elektrofysiologie, ontwerp en beheer van elektrofysiologisch laboratoria, genetische cardiologie tot richtlijnen en wetgeving. Veel educatieve concepten worden gebruikt, zoals lezingen, hands-on training, ronde tafel gesprekken, pro- en con-sessie, rapid-fire presentaties, computersimulaties inclusief serious gaming.

Lessons learned (implicaties voor de praktijk)

Deze combinatie van medisch inhoudelijk én discipline overstijgend onderwijs voor reeds praktiserende medische specialisten, georganiseerd door een universiteit samen met een beroepsorganisatie is uniek in Europa en vormt een model dat ook in andere medische disciplines navolging krijgt.

Referenties

1 www.dascam.org

Trefwoord: Medical education: Postgraduate education, Medical education: Trends, Teaching & learning: Games

Wijze van presentatie: Poster

De serious game Communicate! als ondersteuning bij de training van gespreksvaardigheden

Grosfeld FJM¹, Wijngaarden JJ van¹, Jeuring JT²

¹UMC Utrecht, ²Departement Informatica

Context/probleemstelling of aanleiding

Serious gaming is een innovatieve ontwikkeling op het gebied van leren en simuleren, die ook haar intrede heeft gedaan in het medisch vaardigheidsonderwijs. Door toename van mogelijkheden met automatisering, worden virtuele simulaties nu ook voorzichtig ingezet in training van gespreksvaardigheden. Simulaties blijken hier in staat om echte emoties op te roepen en spelers te laten oefenen met lastige situaties en keuzes, voordat deze in de praktijk ook consequenties hebben. Een knelpunt is het beperkte aantal geschikte gesprekssituaties en gespreksmodellen; vaak is er maar één personage, één context en één gewenst gespreksmodel beschikbaar. Daarnaast zijn de bestaande simulaties vaak weinig realistisch, vooral ook omdat het gamepersonage geen emotionele reacties toont.

Beschrijving van de interventie/innovatie

In Utrecht is *Communicate!* ontwikkeld om gespreksvaardigheden te oefenen. Een gespreksscenario wordt door de docent zelf in de editor van de game geschreven en vormt de basis van de dialoog die een student voert met een virtueel personage. Het door de student gevoerde gesprek met de patiënt verloopt aan de hand van keuze-opties, welke directe feedback geven door wijziging van de koers van de dialoog én de waar te nemen emotionele reacties bij de patiënt.

Ervaringen/analyse van de implementatie

Vanaf 2015 is *Communicate!* ingezet in het vaardigheidsonderwijs van verschillende instellingen die studenten opleiden tot communicatieve professionals. Het doel was te evalueren hoe deze onderwijsmethode kan bijdragen aan de ondersteuning van het gespreksvaardigheidsonderwijs.

Lessons learned (implicaties voor de praktijk)

In Utrecht wordt het platform in steeds meer opleidingen gebruikt. In groepssessies reflecteren spelers samen op dilemma's en benaderwijzen. Individueel gebruiken studenten het platform om een beeld te krijgen van uitdagingen in de praktijk, en effecten van benaderingen van een gesprek te verkennen.

Trefwoord: Teaching & learning: e-learning/computers, Teaching & learning: Games, Teaching & learning: Virtual patients

Wijze van presentatie: Poster

Dankbaar MEW, Doets M, Venrooij E van, Hols S
Erasmus MC

Context/probleemstelling of aanleiding

Veel medische opleidingen zijn bezig met de implementatie van blended leren in het onderwijs. De inzet van deze innovatie blijft echter vaak beperkt tot een kleine groep enthousiaste docenten, terwijl de meerderheid doorgaat met 'business as usual', met een accent op klassikale overdracht van kennis. Het 'flipped classroom' model kan een oplossing zijn voor het door veel docenten ervaren knelpunt van slechte voorbereiding door studenten op contactonderwijs, waardoor hogere orde cognitieve doelen niet aan de orde komen, terwijl het contactonderwijs zich in de komende jaren daar juist meer op zou moeten richten[1].

Hoe kan een dergelijke innovatie breed over een opleiding worden uitgerold, waarbij docenten worden meegenomen in de nieuwe aanpak, hier tijd in investeren en zich een nieuwe rol eigen maken? De innovatiestrategie die wij hebben gekozen is samen te vatten als 'dansen met de docent': een combinatie van leiden en ondersteunen [2].

Beschrijving van de interventie/innovatie

De innovatiestrategie is ingezet bij de implementatie van blended leren in de masteropleiding geneeskunde van het Erasmus MC; deze is in september 2017 gestart en wordt momenteel doorontwikkeld. De strategie is een combinatie van:

Sturing op implementatie van het nieuwe didactisch concept vanuit doelen van de opleiding.

Sturing vanuit het bredere project 'Kwaliteitsimpuls met e-learning', met financiële middelen, doelen en een planning.

Inzet van een 'beleidsgroep e-learning'; een adviesraad met docenten, studenten en instructie-ontwerpers waarin de vernieuwingen worden geëvalueerd en besproken en waarin prioritering van projecten plaatsvindt.

Actieve ondersteuning van docenten die online materiaal (e-modules en weblectures) ontwikkelen door instructie-ontwerpers en student-assistenten.

docentenworkshops over het ontwikkelen van online materiaal, lunch-sessies over good practices, een jaarlijks e-learning symposium en een website met toolbox voor docenten.

Uitnodigen van studenten en docenten om met eigen ideeën voor vernieuwing te komen; realisatie ondersteunen.

Evaluatie van al het online materiaal en het aansluitende onderwijs.

Ervaringen/analyse van de implementatie

De ervaringen met deze aanpak zijn positief. Voor de eerste twee onderwijsblokken (Interne geneeskunde en Heelkunde, elk 6 weken) geldt dat de docenten ondervonden dat studenten beter voorbereid waren en erg blij waren met de ondersteuning tijdens de ontwikkeling. De studenten zijn, blijkens de evaluaties, zeer lovend over het online materiaal (gemiddelde waardering 8.4.) en over het ingezette didactisch concept.

Lessons learned (implicaties voor de praktijk)

Een combinatie van sturing (top-down) en ondersteuning (bottom-up) heeft geleid tot een succesvolle implementatie van 'blended leren' over de master geneeskunde. Aandachtspunten zijn de ontwikkeling van nieuwe (coaching-) vaardigheden van docenten bij het begeleiden van kleinschalige onderwijs.

Referenties

1 Bates. Teaching in a Digital Age. Bates, editor. www.tonybates.ca; 2015

2 Naar analogie van het boek 'Dansen met de dokter', Paul Brand, 2016.

Trefwoord: Education Management: Change, Teachers/Trainers: Faculty/Staff development, Curriculum: Planning

Wijze van presentatie: Poster

Ontwikkeling van een augmented reality applicatie met klinische presentaties van dyspnoe middels design-based research

Pieterse AD¹, Hurkxkens TJ², Hierck BP¹, Reinders MEJ¹

¹LUMC, ²Universiteit Leiden

Context/probleemstelling of aanleiding

Om vaardigheden op het gebied van klinisch redeneren te ontwikkelen is een gevarieerd aanbod van nieuwe patiëntenpresentaties van belang. Momenteel worden geneeskundestudenten tijdens de coschappen voorbereid door te oefenen met simulatiepatiënten en e-learnings. Hierbij kan de werkelijke echte situatie slechts tot op zekere hoogte worden nagebootst, aangezien simulatiepatiënten geen afwijkingen bij het lichamelijk onderzoek kunnen simuleren en bij e-learnings geen communicatievaardigheden geoefend worden. Augmented reality (AR) is een digitale techniek die de werkelijke omgeving verrijkt met 3D-hologrammen en audio, en biedt hiermee unieke mogelijkheden voor activerend onderwijs in een authentieke maar veilige leeromgeving.

Ons doel is om een AR-applicatie te maken voor het ontwikkelen van klinisch redeneren vaardigheden bij de presentatie dyspnoe. De applicatie projecteert anatomische modellen op een werkelijke persoon en simuleert longgeluiden. De applicatie wordt gefundeerd op een theoretisch framework van instructional design principes en wordt een integraal onderdeel van het Masterprogramma waarbij ook e-learnings ingezet worden ter voorbereiding op het klinisch redeneren.

Beschrijving van de interventie/innovatie

Een design-based research methode werd gebruikt om de AR-applicatie Dynamic Clinical Presentations te ontwikkelen met casuïstiek van dyspnoe. De applicatie is te gebruiken met de HoloLens, een AR-bril. De HoloLens simuleert normale en abnormale longgeluiden en kan een 3D-hologram onthullen van de gerelateerde onderliggende pulmonale of cardiale pathologie, terwijl een bestaand persoon onderzocht wordt.

Verschillende interactieve casus zijn opgebouwd met inachtneming van Merrill's First Principles of Instruction. De casus zijn gebaseerd op werkelijke patiënten en relevante voorkennis wordt vooraf geactiveerd (o.a. kennis van pathofysiologie en consultvoering). Daarnaast kunnen de studenten tijdens het proces nieuwe kennis demonstreren, waaronder strategieën voor het oplossen van problemen, en werken zij samen aan de casus. De opgedane kennis wordt vervolgens toepast op nieuwe patiëntencasus tijdens de klinische fase van de coschappen.

Ervaringen/analyse van de implementatie

Met de AR-applicatie Dynamic Clinical Presentations kunnen studenten de locatie van afwijkende longgeluiden direct relateren aan radiologiebeelden en 3D-hologrammen. De applicatie is zowel te gebruiken in een interactieve werkgroepvorm om samenwerkend leren te bevorderen, als individueel met behulp van een virtuele tutor, om extra oefenmogelijkheden te creëren. Verschillende stakeholders (learning experience designers, onderwijskundigen, docenten en geneeskundestudenten) waren betrokken in het ontwerpproces. De volgende stappen zijn het uitvoeren van pilot studies, evaluatie en herontwerp van de applicatie.

Lessons learned (implicaties voor de praktijk)

De AR-applicatie Dynamic Clinical Presentations zal leiden tot hogere blootstelling van geneeskundestudenten aan diverse authentieke casus van dyspnoe, en de verwachting is dat de applicatie actief leren zal stimuleren en zal leiden tot verbetering van klinisch redeneren vaardigheden. Design-based research wordt gebruikt om deze nieuwe technologie te implementeren in het onderwijs en biedt een structuur voor evaluatie en herontwerp.

Trefwoord: Teaching & learning: Learning styles/theory/instructional design, Teaching & learning: Experiential learning, Teaching & learning: General

Wijze van presentatie: Poster

Leunen S, Vandersteen M, Swennen Q, Dendale P, Geunes L, Pinxten W, Maelstaf M, Schouteden W
Universiteit Hasselt

Context/probleemstelling of aanleiding

Vanaf 2018-2019 moeten alle opleidingen van UHasselt overstappen naar een 10-wekensysteem of kwartielindeling. De opleidingsraad reviseerde bijgevolg het bestaande curriculum grondig. Het nieuwe ontwerp werd (inter)nationaal afgetoetst en is evidence based.

Beschrijving van de interventie/innovatie

Het curriculum is geënt op het CanMEDS-model.

De opleiding is gericht op een integrale visie op gezondheidszorg. De *authentieke beroepspraktijk* (niveau basisarts) met de zorgvraag van de patiënt staat centraal. Kennis van de theoretische basismechanismen en praktische skills worden hieraan opgehangen. Coaching en feedback bevorderen professionele ontwikkeling en reflectievaardigheden. De competentieontwikkeling wordt longitudinaal opgevolgd in een portfolio.

Het doel is *integratie* van kennis en vaardigheden door congruentie van inhoud, werkvormen, leeractiviteiten, kernleermiddelen en toetsing.

Studeerbaarheid is prioritair en ligt vervat in duidelijke richtlijnen over studiebelasting en leercapaciteiten. De leerstof wordt ingedeeld in zelfstudie-opdrachten (ZSO) waarin de focus ligt op redeneren. De sturing vermindert doorheen de opleiding.

Opleidingsonderdelen

De thema's van elk kwartiel en de kernleermiddelen werden door retrograde programmering vastgelegd. Elk kwartiel bestaat uit drie geïntegreerde (opleidings)onderdelen:

- Medicus (11SP): focus op medische expertise
- Professional (3SP): focus op overige CanMEDSrollen
- jaarvak Portfolio (1SP/kwartiel)

Werkvormen

Het aandeel contactonderwijs is maximaal 30% van de geschatte studiebelasting (15 u/week).

Activerende werkvormen met optimaal gebruik van blended learning en IT-ondersteuning bevorderen het bereiken van de leerdoelen.

Diverse casussen worden gebruikt om vanuit de authentieke beroepssituatie te vertrekken:

- **Themacasussen** vormen de *klinische kapstok* waaraan nieuwe leerstof voor een bepaalde periode wordt opgehangen.

- **Integratiecasussen** combineren de verworven kennis van medicus en professional van het huidige en de voorgaande kwartielen. Ze weerspiegelen het verwachte niveau van de kwartieltoets.

- **Multidisciplinaire casussen** bekijken het verhaal van de patiënt vanuit een 360°- visie op zorg.

Toetsing

De opleiding kiest voor getrapte toetsing. Er zijn meerdere toetsvormen en –momenten, waar mogelijk ingebed in authentieke situaties, die alle gekoppeld zijn aan feedback.

- Meerdere **formatieve toetsen**

- Twee **kennistoetsen** (tijdens onderwijsperiode)

- **Kwartieltoets** (einde onderwijsperiode): toepassing en integratie van kennis en vaardigheden

- **Portfolio**

- **Parate algemene kennistoets** (1x/opleidingsjaar): essentiële basiskennis van alle voorgaande opleidingsonderdelen.

Ervaringen/analyse van de implementatie

Veranderingen initiëren in een opleiding met veel deeltijdse docenten is moeilijk en vereist veelvuldig overleg om draagvlak te creëren.

Extra logistiek-inhoudelijke en onderwijskundige ondersteuning is noodzakelijk, evenals de steun van de centrale universitaire diensten.

Multidisciplinaire casussen werden uitgebreid getest in pilots bij de huidige studentenpopulatie.

Het opstellen van toetsvragen op het gewenste niveau blijkt geen evidentie, zelfs bij ervaren docenten.

Lessons learned (implicaties voor de praktijk)

- Blijvende aandacht voor studeerbaarheid
- Uitbreiding IT-ondersteunde opdrachten
- Aandacht voor structurele onderwijskundige professionalisering docenten
- Dromen is mooi, maar praktische haalbaarheid mag niet uit het oog verloren worden

Trefwoord: Curriculum: General, Assessment: General, Medical education: Undergraduate education

Wijze van presentatie: Poster

Attitude ten aanzien van ouderen bij studenten tandheelkunde en mondzorgkunde in nijmegenese interprofessionele masterklinieken

Leunissen RRM, Sampers NMT, Gerritsen AE, Creugers NHJ
Radboudumc

Context/probleemstelling of aanleiding

De vergrijzing van de Nederlandse samenleving heeft haar invloed op de mondzorg. In de interprofessionele Masterklinieken Tandheelkunde studeren 4^e-, 5^e-, 6^e-jaars-studenten tandheelkunde van de Radboud Universiteit en 3^e- en 4^e-jaars-studenten mondzorgkunde van de Hogeschool Arnhem Nijmegen naast elkaar. Samen verzorgen zij in teams van circa 16 studenten de zorg voor telkens circa 500 patiënten.

In het nieuwe curriculum tandheelkunde wordt meer aandacht gegeven aan de gerodontologie onder andere in vorm van een nieuw onderwijsblok ouderentandheelkunde.

Om effecten van de curriculumveranderingen te monitoren, voerden wij een onderzoek uit naar de attitude ten aanzien van ouderen bij alle studenten tandheelkunde en mondzorgkunde in de Masterklinieken.

Beschrijving van de interventie/innovatie

Voor het meten van de attitude maakten wij gebruik van een herziene Nederlandstalige versie (1) van de Aging Semantic Differential (ASD). Deze vragenlijst meet op een 7-punts Likert-schaal de attitude op 27 leeftijdsstereotypen. De enquête werd op schrift anoniem afgenomen.

Ervaringen/analyse van de implementatie

Van de in totaal 313 studenten ontvingen wij 232 (74%) correct ingevulde formulieren retour (tandheelkunde-jaar4 N=63, tandheelkunde-jaar5 N=49, tandheelkunde-jaar6 N=54, mondzorgkunde-jaar3 N=49, mondzorgkunde-jaar4 N=17).

Om de interne consistentie van de ASD te controleren werd per stereotype de Cronbach Alpha berekend. Deze varieerden tussen 0,87 en 0,91. Op basis hiervan werd besloten de verdere analyse uitvoeren met één totaalscore per student. Hiertoe werden per student alle itemscores bij elkaar opgeteld. De maximaal mogelijke score bedroeg 189 (27x7) en de minimale score 27 (27x1). Hoe lager de score, des te positiever de attitude ten opzichte van ouderen.

Er werden geen significant verschillen gevonden tussen de studentgroepen tandheelkunde-jaar4, mondzorgkunde-jaar3 en mondzorgkunde-jaar4 (gemiddeld respectievelijk: 89 SD 14, 84 SD 13, 86 SD 16). Tevens was er geen onderling verschil tussen de studentengroepen tandheelkunde-jaar5 en tandheelkunde-jaar6 (gemiddeld respectievelijk: 94 SD 14, 97 SD 14).

Er bestond wel een significant verschil tussen enerzijds tandheelkunde-jaar4, mondzorgkunde-jaar3, mondzorgkunde-jaar4 en anderzijds tandheelkunde-jaar5 en tandheelkunde-jaar6.

Daarbij scoorden de drie eerstgenoemde studentgroepen positiever qua attitude ten opzicht van ouderen (lagere gemiddelde totaalscore) dan de twee laatstgenoemde groepen.

Lessons learned (implicaties voor de praktijk)

De verschuiving naar een meer negatieve stereotypische attitude ten opzicht van ouderen bij het vorderen van de opleiding tandheelkunde wordt gezien als een bevestiging voor de geplande onderwijswijzigingen. De introductie van een nieuw onderwijsblok ouderentandheelkunde in het 4^e studiejaar tandheelkunde en een gelijknamig afstudeerprofiel kan wellicht deze attitudeverandering ten positieve keren. In de komende jaren zal daarom deze enquête nogmaals afgenomen worden en zal hierover in volgende congressen gerapporteerd worden.

Referenties

1 Assessing attitudes toward the elderly: Polizzi's refined version of the aging semantic differential, Polizzi, K.G. Educational Gerontology, Volume 29, Issue 3, Pages 197-216, 2003

Trefwoord: Curriculum: Evaluation of curriculum, Curriculum: Inter-professional, Medical education: Undergraduate education

Wijze van presentatie: Poster

Patiëntgerichte zorg door patiëntgericht onderwijs: Kunnen ervaringen van palliatieve patiënten en mantelzorgers richting geven aan het onderwijs voor zorgprofessionals?

Yaldiz H¹, Warmenhoven F², Courtens A³

¹Radboudumc, ²Universiteit Maastricht, ³MUMC+,

Context/probleemstelling of aanleiding

Vanwege de toenemende vraag naar palliatieve zorg (IKNL, 2014) is inbedding van dit onderwerp in de medische en verpleegkundige opleidingen noodzakelijk. Om goed onderwijs te kunnen aanbieden is het belangrijk om te weten waaraan palliatieve patiënten en naasten belang hechten.

In zorgopleidingen worden de CanMeds-rollen (Frank & Danoff, 2007) gebruikt om structuur te geven aan het opleidingstraject. Daarom worden in dit onderzoek ervaringen en behoeften van palliatieve patiënten en naasten gekaderd in de CanMeds rollen.

Dit onderzoek is onderdeel van twee door ZonMw gesubsidieerd projecten (Pasemeco project (www.pasemeco.nl) en het project 'Ontwikkeling, evaluatie en implementatie van palliatieve zorg in de basiscurricula van MBO en HBO verzorgenden en verpleegkundigen').

Beschrijving van de interventie/innovatie

In semigestructureerde interviews met patiënten en mantelzorgers werd gevraagd naar zowel positieve als negatieve ervaringen binnen de geleverde palliatieve zorg thuis, in het ziekenhuis of hospice.

Werving van deelnemers vond plaats middels purposive sampling via verschillende palliatieve netwerken en organisaties. Interviews werden verbatim getranscribeerd en deductief geanalyseerd vanuit de CanMeds-rollen.

Ervaringen/analyse van de implementatie

Zes palliatieve patiënten en 11 naasten met verschillende soorten ziekte-trajecten en in verschillende zorgsettingen namen deel aan de interviews.

Met name in de rollen van Zorgverlener, Communicator, Samenwerker en Organisator werden diverse aspecten genoemd die patiënten en naasten van belang vonden, bijvoorbeeld: Persoonlijke, warme aandacht voor patiënt én mantelzorgers; adequaat (door)verwijzen; deskundigheid betreffende ziektebeelden, open communicatie; inventarisatie naar de behoeften van patiënten; goede uitleg geven over verwachtingen en behandelopties; gezamenlijk besluitvorming, samenwerking tussen zorgprofessionals en mantelzorgers en continuïteit van zorg.

In de rollen van Kennis- en wetenschapsprofessional en Gezondheidsbevorderaar werden geen of nauwelijks aspecten genoemd. In de rol van Professional kwam naar voren dat het belangrijk is een balans te vinden tussen de persoonlijke betrokkenheid en de professionaliteit van de zorgverlener.

Lessons learned (implicaties voor de praktijk)

Door patiëntervaringen te betrekken in het onderwijs kan er beter ingespeeld worden op wensen en behoeften van patiënten en naasten, waardoor in de palliatieve fase zorg geleverd kan worden die meer patiëntgericht is. In dit onderzoek blijkt dat patiënten en naasten aan bepaalde CanMeds-rollen minder belang hechten. Wat hierbij onduidelijk blijft is of deze rollen daadwerkelijk minder belangrijk zijn voor de patiënt of dat ze zich aan het zicht van de zorggebruikers onttrekken. Goede zorg en goed zorgonderwijs zou de patiënt centraal moeten stellen. Vervolgonderzoek richt zich op de vraag hoe de behoeften van de patiënt betrokken kunnen worden binnen het onderwijs voor zorgprofessionals.

Referenties

1 IKNL (2014). *Rapport 'Palliatieve zorg in beeld'*. Utrecht: Integraal Kankercentrum Nederland.

2 Frank, J.R., & Danoff, D. (2007). The CanMEDS initiative: implementing an outcomes-based framework of physician competencies. *Medical Teacher*, 29(7), 642-647. DOI: 10.1080/0142159070174698

Trefwoord: Medical education: General,

Wijze van presentatie: Poster

Wat zijn de kenmerken van talentvolle artsen in opleiding tot huisarts en specialist ouderengeneeskunde? En hoe leren zij? Een interview studie vanuit het perspectief van hun opleiders en docenten

Frederiks F¹, Rhijn SC van¹, Visser MRM¹, Smalbrugge M², Bont J¹, Diemers AD³, Muris JWM⁴, Dijk N van¹

¹Amsterdam UMC, loc. AMC, ²VUmc, ³UMC Groningen, ⁴Universiteit Maastricht

Context/probleemstelling of aanleiding

De opleiding tot geneeskundig specialist vindt voornamelijk plaats in de klinische praktijk (werkplekieren). Sommige artsen in opleiding tot specialist (aios) worden tijdens hun opleiding door hun supervisors als talentvol beschouwd ¹. Voor zover wij weten, zijn de kenmerken van talentvolle aios huisartsgeneeskunde en ouderengeneeskunde en de wijze hoe zij leren tijdens hun opleiding vanuit het perspectief van zowel hun praktijkopleiders als instituutsdocenten nog niet eerder onderzocht.

Kennis over dit onderwerp is belangrijk om twee redenen. Ten eerste is de focus van de vervolgopleiding vaak gericht op het ondersteunen van de zwakkere aios en niet op de talentvolle aios. De kennis over de karakteristieken van deze talentvolle aios kan inzichten geven hoe zij geïdentificeerd kunnen worden, om meer dan nu opgeleid te kunnen worden tot hun volledige potentieel. Ten tweede is het belangrijk om inzicht te krijgen in de wijze waarop zij leren. Want mogelijk profiteren zij meer van het werkplekieren dan hun niet als talentvol aangemerkte collega aios. Met deze kennis zouden methoden ontwikkeld kunnen worden om voor alle aios de opleiding te verbeteren.

Middels deze interviewstudie willen wij primair identificeren wat opleiders en docenten in de eerste lijn de karakteristieken vinden van talentvolle aios en secundair welk leergedrag zij observeren bij deze als talentvol geziene aios.

Beschrijving van de interventie/innovatie

Semigestructureerde interviews worden momenteel afgenomen met opleiders en docenten van de afdelingen Huisartsgeneeskunde van het AMC, UMCG en MUCM+ en de afdeling Ouderengeneeskunde van het VUMC. De interviews worden opgenomen, woordelijk uitgetypt en geanalyseerd met behulp van MAXQDA volgens thematische analyse².

Ervaringen/analyse van de implementatie

Op dit moment zijn er 9 (van de totaal 15 verwachte) interviews gehouden. Uit een eerste analyse van de interviews komen naast een breed scala aan karakteristieken ook verschillende culturele overwegingen bij het identificeren van talenten naar voren.

Lessons learned (implicaties voor de praktijk)

Ten tijde van het NVMO congres in november 2018 zullen de dataverzameling en analyse afgerond zijn en kunnen de definitieve resultaten worden gepresenteerd en bediscussieerd.

Referenties

1 Oerlemans M, Dielissen P, Timmerman A, et al. Should we assess clinical performance in single patient encounters or consistent behaviors of clinical performance over a series of encounters? A qualitative exploration of narrative trainee profiles. *Med Teach*. 2017;39(3):300-307.

2 Braun V, Clarke V. Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*. 2006;77-101.

Trefwoord: Students/Trainees: Characteristics, Learning outcomes: All, Medical education: Postgraduate education

Wijze van presentatie: Poster

In gesprek over leven en dood. Een training over palliatieve zorg voor niet-westerse migranten

Suurmond JL¹, Lanting KN¹, Boland G², Pars L²

¹Amsterdam UMC, loc. AMC, ²Pharos

Context/probleemstelling of aanleiding

De vraag naar cultuur-sensitieve palliatieve zorg groeit naarmate de bevolking met een niet-westerse achtergrond vergrijst. Studenten moeten toegerust zijn met generieke en specifieke culturele competenties om aan deze zorgvraag te kunnen voldoen. Zij moeten daartoe getraind en getoetst worden. In het kader van het door ZonMw gefinancierde programma 'In gesprek over leven en dood' (projectleider Kennisinstituut Pharos), voerde het AMC/UvA een vragenlijstonderzoek uit naar het effect van onderwijs over palliatieve zorg voor niet-westerse migranten.

Beschrijving van de interventie/innovatie

Het onderwijs bestond uit een korte training (gastcollege, presentatie of workshop) door Pharos waarin informatie werd gegeven over (niet-westerse) patiëntenperspectieven op palliatieve zorg en het verschil met het biomedische perspectief. Onderwerpen als wel/niet vertellen diagnose; pijnbestrijding, de rol van naasten en kwaliteit vs kwantiteit van leven kwamen aan bod. Het onderwijs is gegeven aan 40 studenten 2^e en 3^e jaars geneeskunde van twee faculteiten en aan 20 studenten verpleegkunde van een hogeschool. Door middel van een vragenlijst is de culturele competentie van de deelnemers onderzocht. De vragenlijst is een aangepaste versie van Seeleman (2014) om culturele competentie in zorgberoepen te meten. De vragenlijst bevat kennisvragen, vaardigheidsvragen, en items over reflectie. Van twee trainingen is een voormeting en een nameting gedaan. Met tien geneeskunde- en verpleegkundestudenten zijn aanvullende interviews gehouden.

Ervaringen/analyse van de implementatie

Na bovenstaande training voelen studenten zich meer toegerust om palliatieve zorg te verlenen. Ze hebben meer kennis om op een juiste manier met taalbarrières om te gaan, er is meer kennis over diverse percepties op pijnbestrijding en studenten zijn meer bewust van culturele invloeden op eigen opvattingen en zijn ook meer geneigd die opvattingen ter discussie te stellen.

Lessons learned (implicaties voor de praktijk)

Zelfs een relatief korte presentatie of gastcollege zorgt ervoor dat studenten meer competenties hebben om cultuursensitieve palliatieve zorg te verlenen. Ze hebben meer kennis en er lijkt minder handelingsverlegenheid. Toch pleiten we voor aanvulling op deze training. Er is in de training niet geoefend met het geven van slecht nieuws of het wel/niet vertellen van een diagnose. Juist deze aspecten worden vaak als lastig ervaren door zorgverleners. De training zou bijvoorbeeld als blended learning kunnen worden doorontwikkeld: Een e-learning met daarin bovenstaande elementen gevolgd door een practicum waarin studenten oefenen met bijvoorbeeld een simulatiepatiënt. Op deze manier worden studenten goed voorbereid op belangrijke taken en verantwoordelijkheden in de zorg aan diverse patiënten.

Referenties

1 Seeleman C, Hermans J, Lamkaddem M, Suurmond J, Stronks K, Essink-Bot ML. A students' survey of cultural competence as a basis for identifying gaps in the medical curriculum. BMC Med Educ. 2014 Oct 11;14:216.

Trefwoord: Learning outcomes: Communication skills, Learning outcomes: Reflection / Critical thinking / decision-making / clinical reasoning, Learning outcomes: Professionalism / attitude / ethics

Wijze van presentatie: Poster

Een nieuw meetinstrument voor het meten van attitudes ten aanzien van doelmatigheid bij stakeholders in de zorg: Maastricht Doelmatigheid Attitude Vragenlijst

Mordang SBR¹, Könings KD¹, Smeenk FWJM², Stassen LPS³

¹Universiteit Maastricht, ²Catharina Ziekenhuis, ³MUMC+

Context/probleemstelling of aanleiding

Doelmatigheid is cruciaal om een 'gezonde' balans tussen kosten en kwaliteit van zorg te garanderen, ook in de toekomst. Daarom moet het thema doelmatigheid van zorg ingebed worden in de dagelijkse klinische praktijk en dus de medische vervolgopleiding. Maar hoe kijken alle betrokken stakeholders tegen doelmatigheid aan en is hun houding aangaande doelmatigheid wel met elkaar in overeenstemming? Er is nog geen goed instrument om attitudes aangaande doelmatigheid te meten. Het doel van deze studie is om een valide vragenlijst te ontwikkelen waarmee attitudes aangaande doelmatigheid bij aios, stafleden, patiënten en managers in de zorg in kaart kunnen worden gebracht.

Beschrijving van de interventie/innovatie

De Maastricht Doelmatigheid Attitude Vragenlijst (MDAV) is gebaseerd op een vragenlijst over doelmatigheid, ontwikkeld door Leep Hunderfund (2016). Deze initiële vragenlijst bevatte 34 stellingen, met een 4-punts Likert scale (1=helemaal niet mee eens, 4=helemaal mee eens): 20 items beschrijven attitudes aangaande doelmatigheid, 14 items omhelzen het zien van rolmodel gedrag. De vragenlijst is vertaald naar het Nederlands en uitgebreid met negen items om de betrouwbaarheid te vergroten. De vragenlijst is momenteel ingevuld door 416 aios en 386 supervisoren in Nederland: aios beantwoordden 43 items; supervisoren beantwoordden 29 items (exclusief rolmodel-items). Om subschalen te definiëren zijn explorerende factor analyses (PCA) uitgevoerd op deze Nederlandse dataset, apart voor aios en supervisoren. Interne consistentie van iedere subschaal werd berekend via Cronbach's alpha. Dataverzameling bij patiënten en managers is nog niet afgerond; het aantal respondenten stijgt nog.

Ervaringen/analyse van de implementatie

De resultaten van de factor analyses toonden, op basis van een scree-plot, een drie factor-structuur voor 25 attitude-items en een twee factor-structuur voor 12 rolmodel-items. Drie factoren met betrekking tot de attitude-items waren: voorop moeten lopen in het geven van hoogwaardige zorg (8 items; $\alpha_{aios}=0,653$; $\alpha_{supervisoren}=0,607$); negatieve consequenties van doelmatige zorg (7 items; $\alpha_{aios}=0,672$; $\alpha_{supervisoren}=0,704$); compleet moeten integreren van zorgkosten in medisch handelen (10 items; $\alpha_{aios}=0,707$; $\alpha_{supervisoren}=0,690$). Twee factoren met betrekking tot de rolmodel-items waren: het zien van doelmatig rolmodel gedrag (7 items; $\alpha_{aios}=0,642$); het zien van verspillend rolmodel gedrag (5 items; $\alpha_{aios}=0,673$).

Lessons learned (implicaties voor de praktijk)

Deze nieuwe Nederlandstalige vragenlijst MADV met vijf subschalen kan worden gebruikt om attitudes van aios en supervisoren aangaande doelmatigheid te meten en dus om de trainingscontext van aios in kaart te brengen. De MADV is praktisch toe te passen en komt eind 2018 vrij beschikbaar op <http://www.bewustzijnsproject.nl/>. Daar zal ook extra ondersteuning worden geboden in de vorm van een automatische terugkoppeling van individuele resultaten. Het is belangrijk om dit instrument te blijven ontwikkelen en te valideren in andere contexten en met andere stakeholders.

Referenties

- 1 Leep Hunderfund, A.N., Dyrbye, L.N., Starr, S.
- 2 R., Mandrekar, J., Naessens, J.M., Tilburt, J.C., & Goold, S.D. (2016). Role modeling... *Academic Medicine*, 92, 694-702.
- 3 Field, A. (2013). *Discovering statistics using IBM SPSS statistics*. Sage.

Trefwoord: Research in medical education: Methodologies, Medical education: Postgraduate education, Learning outcomes: Professionalism / attitude / ethics

Wijze van presentatie: Poster

12.45-14.00 **LUNCH**

14.00-15.00 **Plenair / Zuiderduinzaal**

14.00-15.00 **Hoofdlezing**

Laveren tussen regels en ruimte

Prof. dr. Pim Teunissen, Hoogleraar werkplekleren in de gezondheidszorg, School of Health Sciences Education (SHE), Faculty of Health Medicine and Life Sciences (FHML),

Maastricht University, Maastricht & Gynaecoloog - Perinatoloog, afdeling verloskunde en

gynaecologie, Amsterdam UMC - VUmc, Amsterdam

Het doel van opleiden in het medisch, paramedisch, verpleegkundig en veterinaire domein is bijdragen aan een vitale beroepsgroep van gezondheidszorg professionals. Om dat te bereiken zijn afspraken nodig over de competenties en leerdoelen die mensen in hun opleiding moeten halen. Dit wordt bijvoorbeeld vastgelegd in het Raamplan Artsopleiding, in het kaderbesluit van wat voorheen het Centraal College Medische Specialismen heette en in de specifieke besluiten waarin voor elk medisch specialisme het nationale opleidingsplan is beschreven. Daadwerkelijk opleiden gebeurt echter niet op papier maar in de praktijk. Dat zijn bijvoorbeeld werkgroepen en colleges op een universiteit of hogeschool, een co-schap bij een huisarts of als arts-in-opleiding tot specialist in een ziekenhuis. Regelgeving en landelijke of regionale afspraken geven richting en kaders, helpen om standaardisatie en uniformiteit te bereiken. Opleiden in de praktijk vraagt om inspelen op de leermogelijkheden die een situatie biedt, inschatten wanneer opleiden en patiëntenzorg samengaan en wanneer juist niet, improvisatie in de weerbarstige praktijk. De 'Perspectives on Medical Education' lezing gaat dit jaar over dit spanningsveld tussen regels en ruimte. Hoe stellen opleidingsplannen ons enerzijds in staat en hoe beperken ze ons anderzijds om gezondheidszorgprofessional op te leiden? Hoeveel standaardisatie is wenselijk en hoever kunnen en willen we gaan in het personaliseren en contextualiseren van opleidingen? Pim Teunissen zal op een innovatieve manier dit spanningsveld in beeld brengen.

15.00-15.30 **WISSEL PAUZE MET KOFFIE EN THEE**

15.30-16.45 **Blok B**

Niemand is neutraal: hoe bias een eerlijke beoordeling in de weg staat

Jongh R de¹, Croix A de la²

¹Erasmus MC, ²Learn Academy

Thema

'Er bestaat niet zoiets als "objectieve" observatie van prestatie', schrijven Gingerich et al. (2014). Dat cognitieve fouten een grote rol spelen bij onjuiste diagnoses en verkeerde klinische beslissingen is al langer bekend. Omdat ons werkgeheugen en vermogen om informatie te verwerken beperkt zijn, maken we vaak gebruik van zogenaamde 'heuristieken' – *mental shortcuts* waarmee we in de meeste gevallen snel tot een goede beslissing komen, maar die soms tot beslisfouten leiden. Ook bij het beoordelen van studenten spelen die heuristieken een rol, en ook daar leiden ze tot fouten, in dit geval onjuiste beoordelingen.

Als proefpersoon in een reeks experimenten, zullen deelnemers in deze workshop aan den lijve ondervinden hoe moeilijk het is om scherp te observeren, aan welke denkfouten ook zij ten prooi vallen, en met welke automatische associaties en vooroordelen zij zonder het te weten rondlopen. We zullen stilstaan bij de gevolgen van cognitieve fouten voor beoordeling van studenten, en bespreken hoe we ons zo goed mogelijk ertegen kunnen wapenen.

Doel

Na deze workshop hebben deelnemers meer inzicht in hun eigen gevoeligheid voor denkfouten, en zullen ze kritischer staan tegenover de objectiviteit van hun oordeel. Daarnaast leren zij een aantal strategieën aan waarmee de kans op bias kleiner wordt.

Doelgroep

Deze workshop is bedoeld voor iedereen die studenten beoordeelt, of dat nou het nakijken van open vragen is, of het beoordelen van studenten tijdens een stationstoets of in de klinische praktijk. Ook studenten zijn welkom, omdat zij inzicht kunnen geven in hun eigen ervaring met beoordeling.

Opzet: activiteiten en opbrengst

Na een korte introductie over cognitieve denkfouten, ondervinden deelnemers als proefpersoon in een reeks experimenten voor welke denkfouten zij gevoelig zijn. Daarbij passeren onder andere de beschikbaarheidsbias, het halo effect, impliciete associaties en het contrast effect de revue. Na elke demonstratie, bespreken we aan de hand van wetenschappelijk onderzoek hoe de bias van invloed kan zijn op beoordeling van geneeskundestudenten. Tot slot bekijken we een aantal tools om bias te voorkomen, en discussiëren deelnemers over het nut en de haalbaarheid daarvan.

Referenties

1 Gingerich et al. (2014) Seeing the 'black box' differently: assessor cognition from three research perspectives. Medical education 48: 1055-1068.

Max aantal deelnemers: 24

Trefwoord: Assessment: All, Teachers/Trainers: Faculty/Staff development

Wijze van presentatie: Workshop

Samen leren reguleren in de klinische werkomgeving

Bransen D¹, Driessen EW¹, Govaerts MJB¹, Sluijsmans DMA²

¹Universiteit Maastricht, ²Zuyd Hogeschool

Thema

Om zich te kunnen ontwikkelen tot levenslang lerenden, wordt van geneeskundestudenten en artsen verwacht dat zij zelfsturende leervaardigheden verwerven, zoals het stellen van doelen, het uitstippelen van leerstrategieën en reflectieve vaardigheden. De ontwikkeling van dergelijke vaardigheden vindt veelal plaats door middel van sociale interacties met anderen, zogenaamde co-regulatie. Tijdens co-regulatie worden leerprocessen, waaronder zelfregulatieprocessen gezamenlijk gereguleerd (Rich, 2017). Vooral in ongestructureerde leeromgevingen zoals de klinische context zijn goede co-regulatie processen essentieel bij het ontwikkelen van zelfgestuurd leren. In deze rondetafelsessie zal het vraagstuk over hoe we co-regulatie in de klinische context kunnen optimaliseren centraal staan.

Doel

Het doel van deze rondetafelsessie is het belichten van verschillende perspectieven van de deelnemers van de sessie op hoe co-regulatie plaatsvindt in de klinische context en hoe co-regulatie zou kunnen bijdragen aan de ontwikkeling van zelfregulatievaardigheden.

Doelgroep

Studenten, AIOS, ANIOS, opleiders, specialisten, onderwijskundigen, docenten.

Opzet: Activiteiten/Opbrengst

Na een korte introductie van het onderwerp en uitleg over doel en werkwijze tijdens de rondetafelsessie, zullen deelnemers op basis van hun achtergrond verdeeld worden in subgroepen. In deze subgroepen zullen de deelnemers aan de hand van de volgende vragen in discussie gaan:

1. Hoe vindt co-regulatie plaats op de klinische werkplek en hoe draagt co-regulatie bij aan ontwikkeling van zelfregulatie?
2. Waar zitten de kansen en mogelijke belemmeringen voor effectieve co-regulatie op de klinische werkplek?
3. Welke interventies zouden co-regulatie op de klinische werkplek effectiever kunnen laten zijn?

De resultaten zullen plenair worden nabesproken, waardoor deelnemers van de rondetafelsessie naar huis zullen gaan met ideeën over hoe co-regulatie in de klinische werkomgeving ten behoeve van zelfregulatie geoptimaliseerd kan worden.

Referenties

1 Rich, J.V. (2017). Proposing a model of co-regulated learning for graduate medical education. *Academic Medicine* 92(8), 1100–1104. <https://doi.org/10.1097/ACM.0000000000001583>

Max aantal deelnemers: 25

Trefwoord: Learning outcomes: Life-long learning, Teaching & learning: Clinical context

Wijze van presentatie: Rondetafelsessie

B3 / Abdijzaal

De Visitatie Geneeskunde

Cohen-Schotanus J

Janke Cohen-Schotanus, vicevoorzitter visitatiepanel

Dirk Ruiters, lid visitatiepanel

Lia Fluit, lid visitatiepanel

In 2017 is de kwaliteit alle opleidingen geneeskunde in Nederland beoordeeld in een clustervisitatie. Alle opleidingen zijn (goed) aan de maat bevonden. Aan het eind van de procedure heeft het visitatiepanel een algemeen rapport opgesteld. De inhoud van dit algemene rapport wordt in deze sessie aan de orde gesteld. De belangrijkste onderwerpen, die plenair zullen worden besproken en bediscussieerd zijn:

- nieuwe ontwikkelingen in de zorg die van belang zijn voor de onderwijsprogramma's;
- herbezinning op de beoogde eindtermen van de opleiding (nieuwe Raamplan);
- stand van zaken curriculumontwikkeling;
- hindernissen bij curriculumontwikkeling;
- influencers op curriculumontwikkeling;
- voornaamste aanbevelingen voor de komende jaren.

Persoonlijke effectiviteit en flow: werk efficiënter en verzet 8 uur werk in een half uur (i.p.v. andersom)

Hessink-Sweep BJCC
Universiteit Twente

Thema

Persoonlijke effectiviteit. Hoe kun je je kwaliteiten inzetten om tot flow te komen binnen de professionele setting.

Doel

Hoe komt het dat je soms 8 uur lang maar een half uur aan werk gedaan krijgt, en soms in een half uur 8 uur aan werk verzet. Hoe komt het dat soms niks wil lukken, en je soms in een flow zit, alles lekker gaat en je de tijd vergeet. Aan de taak zelf kun je vaak weinig veranderen, maar wél aan de manier waarop je ermee omgaat. In deze workshop komen deelnemers erachter hoe ze in een flow komen en hoe ze dat ook in andere situaties kunnen inzetten. Verder komen ze erachter wat er bij ze gebeurt als ze niet vooruit te branden zijn en hoe ze die momenten kunnen verminderen. Ten slotte maken deelnemers kennis met een onderwijsvorm/workshop over persoonlijke effectiviteit wat ter inspiratie kan dienen voor het eigen onderwijs.

Deze workshop is ontwikkeld voor het terugkomonderwijs voor studenten Technische Geneeskunde in hun klinische stages in het 5^e en 6^e jaar.

Doelgroep

Docenten, opleiders, stagebegeleiders, studenten, artsen

Opzet: activiteiten en opbrengst

Korte introductie

Het thema en de aanleiding van de workshop wordt op interactieve wijze geïntroduceerd.

"Stoppers"

Deelnemers beschrijven situaties waarin ze zich niet gedroegen zoals ze zouden willen. Dit delen ze in tweetallen. Wat deze situaties gemeen hebben of kenmerken (stoppers) wordt opgeschreven in een persoonlijk boekje.

"Brullers"

Via een korte ontspanningsoefening beschrijven deelnemers situaties waar ze in een flow zaten. Ook dit delen ze in tweetallen. Wat deze situaties gemeen hebben of kenmerken (brullers) wordt wederom opgeschreven in een persoonlijk boekje.

Verdieping

Kort informatief moment over in de flow komen binnen de professionele setting. Je kwaliteiten inzetten om in de flow te komen, dáár gaat het om.

Bestendinging

Deelnemers denken na hoe ze hun kwaliteiten kunnen inzetten om tot flow te komen binnen de professionele setting. Ze bedenken een concreet actieplan en schrijven dit als laatste ook op in hun persoonlijke boekje.

Nabespreking/ discussie

De workshop wordt afgerond met een conclusie van de belangrijkste punten en een gezamenlijke discussie over de mogelijkheden voor toepassingen binnen het eigen curriculum.

Opbrengst:

De deelnemers maken kennis met een onderwijsvorm/ workshop over persoonlijke effectiviteit, wat ter inspiratie kan dienen voor het eigen onderwijs. Verder leren deelnemers hoe ze zélf in een flow kunnen komen in de professionele setting.

Max aantal deelnemers: 30

Trefwoord: Learning outcomes: Professionalism / attitude / ethics, Learning outcomes: Reflection / Critical thinking / decision-making / clinical reasoning, Teaching & learning: General

Wijze van presentatie: Workshop

Een Onderwijsstage voor Masterstudenten Geneeskunde

Ketelaars KLC¹, Brugge BPH ter², Wijnen-Meijer W², Deinum J¹, Gurp PJM van¹

¹Radboudumc, ²UMC Utrecht

Thema

Met het afleggen van de Nederlandse Artseneed belooft de (bijna-)dokter 'geneeskundige kennis van zichzelf en anderen te bevorderen' [1]. Ook in het internationale CanMEDS-competentiemodel en het Raamplan Artsopleiding wordt de onderwijsfunctie van artsen benadrukt [2, 3]. Vanuit dit perspectief lijkt het zinvol om geneeskundestudenten tijdens hun opleiding te trainen in didactische vaardigheden. Toch blijkt het merendeel van de Nederlandse geneeskundeopleidingen hier nauwelijks tot geen aandacht aan te besteden [4]. Ervaringen van pas afgestudeerde basisartsen die tijdens hun studie een onderwijsstage volgden, zijn de basis voor deze workshop. Opvattingen en praktische werkwijzen met betrekking tot de invulling en uitvoering van een onderwijsstage in de geneeskundeopleiding zullen worden gedeeld met daarbij bijzondere aandacht voor peer-assisted learning.

Doel

Inzicht geven in het belang van het onderwijzen van didactische vaardigheden binnen de geneeskundeopleiding en de mogelijkheden daartoe.

Doelgroep

Iedereen die didactische vaardigheden toevoegt/overweegt toe te voegen als te bereiken basiscompetentie binnen zijn opleiding. Ook studenten zijn van harte welkom.

Opzet: activiteiten en opbrengst

Activiteiten:

Inventarisatie van opvattingen van deelnemers aan de hand van stellingen. Overzicht van de huidige plaats van onderwijs in didactische vaardigheden binnen de Nederlandse geneeskundeopleidingen.

Toelichtingen vanuit de onderwijsliteratuur. Kennisneming van peer-assisted learning.

In groepen wordt gewerkt aan het formuleren van leerdoelen die kunnen dienen voor een onderwijsstage. Centraal staat de bijdrage aan zowel de ontwikkeling tot docent als de ontwikkeling tot arts. Implementatiemogelijkheden worden uitgewerkt. Iedere groep presenteert plenair de uitkomsten. Struikelblokken worden geïdentificeerd en bediscussieerd. De voorstellen worden vergeleken met de ervaringen van Utrechtse en Nijmeegse afgestudeerde basisartsen met het volgen van een onderwijsstage.

Aflsuiting.

Opbrengst

Na afloop hebben de deelnemers...

...kennis van peer-assisted learning.

...inzicht in de meerwaarde van aandacht voor het onderwijzen van didactische vaardigheden in relatie tot het beroepsperspectief van de student.

...de mogelijkheden tot het vormgeven van onderwijs in didactische vaardigheden verkend.

Referenties

1 Artseneed, C.H., Nederlandse artseneed. Utrecht: VSNU, 2003.

2 Frank, J., L. Snell, and J.C. Sherbino, Physician Competency Framework. 2015. Ottawa, Ontario, Canada: Royal College of Physicians and Surgeons of Canada, 2015.

3 Herwaarden, C.L.A., R.F.J.M. Laan, and R. Leunissen, Raamplan artsopleiding 2009. 2009: Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra (NFU).

4 Kloek, A.T., et al., The desirability of education in didactic skills according to medical interns. *Perspect Med Educ*, 2012. 1(5-6): p. 262-9.

Max aantal deelnemers: 20

Trefwoord: Teaching & learning: Collaborative/peer-to-peer, Curriculum: Options / electives, Medical education: Undergraduate education

Wijze van presentatie: Workshop

Q is good for you: mixed methods in het onderzoek van onderwijs

Grijpma JW, Kusurkar R, Croix A de la, Berkhout J

¹Amsterdam UMC, loc. VUmc

Thema

Ieder jaar verschijnen er wel enkele studies in medical education journals die gebruik maken van de Q-methodologie. Onderzoekers kiezen voor deze mixed methods design om subjectieve onderwijsvraagstukken (bijvoorbeeld meningen of opvattingen over een bepaald onderwerp) te onderzoeken op een holistische en systematische manier. Q-studies leveren vaak rijkere en genuanceerdere data op dan kwalitatieve of kwantitatieve methodes. Toch is deze methode nog niet bij veel onderzoekers bekend. Daarom willen we deze workshop aanbieden aan iedereen die meer wil weten over de methode. We zullen stil staan bij de vragen: Wat is dit voor methode? Waarvoor wordt het gebruikt? Hoe werkt het precies? Is deze methode iets voor mij om te gebruiken in een studie? Ook bieden we deelnemers de gelegenheid verschillende stappen van een Q-studie te ervaren. Deelnemers die al eens een introductie gevolgd hebben, kunnen daarmee kiezen voor een ander aspect van de methode. We maken onderscheid in de stappen 'het ervaren van een Q-studie als participant', 'de analyse van een Q-studie', en 'het formuleren van profielen'.

Doel

Aan het einde van de workshop kunnen deelnemers

1. uitleggen wat de Q-methodologie is en met behulp van eigen ervaring beschrijven uit welke stappen deze methode bestaat;
2. gepubliceerde artikelen die de Q-methodologie gebruiken (beter) op waarde schatten

Doelgroep

Iedereen die meer wil weten over de Q-methodologie. Door het werken met subgroepen is deze workshop ook geschikt voor deelnemers die al eens een introductie workshop gevolgd hebben.

Opzet: activiteiten en opbrengst

Introductie: Welkom heten en voorstellen; Ervaringen met Q-methodologie inventariseren; Programma, doelen en werkwijze workshop bespreken.

Q-methodologie: Theorie en waarde van Q-methodologie bespreken.

Ervaringsoefening: In subgroepen aan de slag met een ervaringsopdracht; 1) Ervaren van het 'Q-sorten' als participant; 2) Analyseren van data uit een Q-studie; 3) Formuleren van profielen.

Terugkoppeling: Ervaringen en opbrengsten delen.

Afronding: Terugkomen op doelen van de workshop; Beschikbaarheid meedelen tot verdere discussie na afloop workshop; Bedanken voor deelname.

Max aantal deelnemers: 18

Trefwoord: Research in medical education: Methodologies

Wijze van presentatie: Workshop

Gebruik van rubrics in het toetsen van interprofessioneel onderwijs

Vos JA¹, Christoph LH¹, Geukers VGM², Vos R de¹

¹Amsterdam UMC, loc. AMC, ²Emma Kinderziekenhuis

Thema

Als antwoord op de toenemende complexiteit van de zorgvraagstukken, wordt steeds vaker gevraagd interprofessioneel samen te werken. Om de toekomstige werkers in de gezondheidszorg daarop voor te bereiden, worden onderwijsprogramma's ontwikkeld en geïmplementeerd om interprofessionele samenwerkingsvaardigheden te trainen. Rubrics worden vaak ingezet als toetsinstrument om de ontwikkeling van interprofessionele vaardigheden in teamfunctioneren, samenwerken leiderschap, conflicthantering en gedeelde besluitvorming (CIHC) te beoordelen. Er zijn echter vele overwegingen voor het ontwikkelproces van een rubric, de manier waarop de rubric wordt ingezet als ook het format van de rubric zelf. Deze workshop geeft de deelnemers op een interactieve manier inzicht in de belangrijkste richtlijnen voor het toetsen van interprofessionele vaardigheden door middel van een rubric.

Doel

Na deze workshop hebben de deelnemers:

- kennis genomen van de variatie in bestaande rubrics voor Interprofessionele educatie (IPE)
- hands-on ervaring opgedaan met het gebruik van een specifieke rubric
- zich een mening gevormd over de waarde en beperkingen van een rubric voor gebruik in een IPE-setting
- kennis over richtlijnen en overwegingen om een passende rubric te kiezen of te ontwikkelen

Doelgroep

Collega's (docenten, artsen, onderwijskundigen, onderzoekers) die betrokken zijn bij interprofessioneel onderwijs (of plannen daartoe hebben) en meer willen leren over toetsen van IPE met rubrics.

Opzet: activiteiten en opbrengst:

- Inleiding
- Teamsamenstelling
- Intermezzo: IPP en IPE
- Teamopdracht om een rubric te verkennen
- Intermezzo: Rubrics
- Observeren en beoordelen m.b.v. een rubric van een samenwerkingssituatie op video
- Teamdiscussie over validiteit, betrouwbaarheid, voor- en nadelen van de rubric
- Plenaire discussie over bevindingen tussen teams
- Afsluiting

Deze opzet leidt tot het behalen van de doelen als opbrengst.

Max aantal deelnemers: 48

Trefwoord: Curriculum: Inter-professional, Assessment: All, Learning outcomes: Teamwork

Wijze van presentatie: Workshop

Zij-instroom en premaster in de opleiding geneeskunde

Gerhardus MJT¹, Bockel EAP van², Wijk IJ van³, Westerhof-Sinke MA³, Ede AE van¹

¹Radboudumc, ²UMC Groningen, ³Amsterdam UMC, loc. VUmc

Thema

Er is landelijk veel discussie over de selectie voor de studie geneeskunde. Is deze te sterk gericht op goed presterende middelbare scholieren en leidt dit tot een relatief uniforme instroom van studenten?

Zij-instroom biedt kansen voor een instroom met meer diversiteit in de vooropleiding van studenten maar vraagt daarnaast ook een extra inspanning van de faculteiten voor het maken van speciale programma's.

Maken we in Nederland optimaal gebruik van zij-instroom? Welke selectiecriteria worden voor zij-instromers gehanteerd en tot wat voor groep studenten en artsen leidt dit? Hoe doet deze groep het in de opleiding en wat kunnen we leren van de zij-instroomprogramma's, ook voor de reguliere bacheloropleiding? Zijn deze programma's nuttig?

Doel

Het delen van expertise en uitwisselen van ervaringen met zij-instroom in het Geneeskundecurriculum en het initiëren van een bredere discussie over de instroommogelijkheden in de opleiding geneeskunde.

Doelgroep

Studenten, docenten, bachelor- en (pre)master coördinatoren, onderwijskundigen en beleidsmedewerkers van geneeskunde, biomedische wetenschappen en bewegingswetenschappen.

Opzet: activiteiten en opbrengst

De sessie zal van start gaan met bondige presentaties over de diverse aangeboden programma's. Vervolgens zal in kleine groepen, aan de hand van de gepresenteerde voorbeelden, enkele stellingen en opdrachten worden gebrainstormd over nut, noodzaak en voor- en nadelen van zij-instroom in de geneeskunde, waarna een plenaire terugkoppeling plaatsvindt. Er wordt afgesloten met een samenvatting en het formuleren van enkele 'take home messages'.

Max aantal deelnemers: 25

Trefwoord: Curriculum: Case / presentation-based, Curriculum: General, Assessment: General

Wijze van presentatie: Rondetafelsessie

E-mail: martin.gerhardus@radboudumc.nl

Van lijdend naar leidend: De arts in het maatschappelijk krachtenveld

Veen M, Vernooij L, Bareman F, Hamdoula N
Erasmus MC

Thema

Sociaal-maatschappelijke factoren hebben een grote impact op gezondheid. Als arts zit je niet op een eiland in de samenleving. Dat is iedereen wel bekend. Minder bekend en minder zichtbaar zijn de invloeden van diverse grote maatschappelijke partijen op de dagelijkse beroepsuitoefening van de arts: bijvoorbeeld politiek, bedrijfsleven, media, wetenschap en verzekeraars. Wat is hun invloed en wat is hun rol? Hoe kun je de invloeden van deze partijen herkennen binnen en buiten de spreekkamer? In deze workshop demonsteren we een onderwijsprogramma dat we op de huisartsopleiding van het Erasmus MC geven, en waarvan we denken dat het nuttig zou kunnen zijn voor andere medische opleidingen.

Doel

We oefenen in deze workshop met het herkennen van maatschappelijke invloeden op het werk van de arts, met de huisarts als voorbeeld. Met deze kennis kun je je eigen standpunt innemen en voorkomen dat je geleid wordt door de drijfveren van andere partijen. Daarnaast hopen we deelnemers te stimuleren om het thema maatschappelijk handelen op de kaart te zetten in het curriculum van hun opleiding.

Doelgroep

Artsen en docenten die geïnteresseerd zijn in de invloed van de maatschappij op hun werk

Opzet: activiteiten en opbrengst

In de workshop doorlopen we een aantal stappen om een krachtenveldanalyse uit te kunnen voeren. We leggen het concept krachtenveld uit, en oefenen de krachtenveldanalyse aan de hand van een maatschappelijk relevant thema. Hierdoor leert men de onderlinge verbondenheid van maatschappelijke spelers (bijvoorbeeld: verzekeraar, farmaceut, media, wetenschap, politiek) zichtbaar te maken, hun belangen, en de invloed die ze uitoefenen op het werk van de arts. Vervolgens spelen we het perspectiefspel aan de hand van een ander medisch thema, waarin men zich inleeft in de drijfveren en belangen van één maatschappelijke speler. We sluiten af door deelnemers uit te nodigen inzichten te delen over de invloed van het maatschappelijke krachtenveld op hun werk, hoe ze deze inzichten kunnen toepassen, en of ze mogelijkheden zien voor vertalingen naar onderwijs op hun instituut.

Max aantal deelnemers: 20

Trefwoord: Curriculum: Community-based, Learning outcomes: Professionalism / attitude / ethics

Wijze van presentatie: Workshop

De Verklaring Omtrent het Gedrag voor co-assistenten: gewenst of gevreesd?!

Luijk SJ van¹, Mook WNKA¹, Rethans JJ², Banhoorn P³, Mak M⁴

¹MUMC+, ²Universiteit Maastricht, ³LUMC, ⁴Amsterdam UMC, loc. VUmc

Thema

De VOG biedt garantie dat een persoon de afgelopen vier jaar (voor personen onder 23 jaar is dat twee jaar) geen aantekening heeft gekregen in zijn/haar justitieel dossier met betrekking tot gedragingen die een verantwoorde uitvoering van taken in een organisatie zouden kunnen belemmeren. Ook in de gezondheidszorg is het aanleveren van een VOG gebruikelijk. Voor studenten geneeskunde, die in contact komen met patiënten, zoals co-assistenten is dit tot op heden in de meeste universitaire centra niet verplicht. Uitzonderingen zijn het Erasmus MC, en sinds kort het Maastricht UMC+. Er zijn meerdere perspectieven over de wenselijkheid ervan maar er zijn ook bedreigingen tav het verplichten van een VOG mogelijk.

In deze ronde tafel zal de (on)wenselijkheid van het invoeren van een verklaring omtrent gedrag (VOG) aan bod komen. Er wordt verschillend gedacht of een dergelijke maatregel daadwerkelijk bijdraagt aan een grotere veiligheid voor de patiënt en medewerkers. Tot wat voor effecten en vragen leidt een dergelijke maatregel bij studenten? Wat zijn belangrijke hordes bij de implementatie van een dergelijke maatregel? En hoe zit het met de administratieve belasting? Bovenstaande punten zullen in deze ronde tafel aan bod komen naast de “tips en tricks” van instellingen die de VOG hebben ingevoerd.

Doel

Bespreking mogelijkheden, onmogelijkheden, wenselijkheid en eventuele nadelen bij invoering van een VOG voor co-assistenten

Doelgroep

Studenten, docenten, beleidsmedewerkers, onderwijskundigen

Opzet: activiteiten en opbrengst

Plenaire discussie, discussie in subgroepen aan de hand van vragen, knelpunten of stellingen en tot slot “tips en tricks” bij implementatie VOG

Referenties

1 Visser, J. Verklaring goed gedrag hoeft niet. Medisch Contact, 08 juli, 2013

Max aantal deelnemers: 40

Trefwoord: * Assessment, Education management: Selection of students/trainees, Learning outcomes: Professionalism / attitude / ethics

Wijze van presentatie: Rondetafelsessie

Professionalisering van simulatiepatiënten door middel van intervisie

Lovink AG¹, Nelissen S², Rasenberg E³, Wijngaarden JJ van⁴

¹Universiteit Twente, ²Universiteit Maastricht, ³Radboud Universiteit ⁴UMC Utrecht

Thema

Bij het geven van communicatieonderwijs wordt veel gebruik gemaakt van simulatiepatiënten. Om de kwaliteit van dit onderwijs te optimaliseren zijn professionele simulatiepatiënten van groot belang. Ook simulatiepatiënten zelf geven aan zich te willen ontwikkelen en daarbij training nodig te hebben.

Er zijn verschillende mogelijkheden om deze professionalisering vorm te geven. Naast groepstrainingen zoals feedbacktrainingen, trainingen van de rol en andere thematrainingen, wordt steeds meer gebruik gemaakt van intervisie, omdat dat meer recht doet aan de individuele ontwikkeling van de simulatiepatiënt (SP). Op die manier wordt een professionaliseringstraject, een traject op maat.

Doel

Kennis vergaren van verschillende vormen van SP professionalisering. Valkuilen en uitdagingen hierbij en samen formuleren van alternatieven.

Doelgroep

Iedereen die werkt met simulatiepatiënten

Opzet: activiteiten en opbrengst

Verschiede faculteiten geven een korte presentatie op welke wijze zij invulling geven aan professionele ontwikkeling van simulatiepatiënten. Daarbij wordt een overzicht gegeven van activiteiten en er wordt dieper ingegaan op intervisie.

Daarna vindt een discussie plaats over de voor- en nadelen, valkuilen en uitdagingen van verschillende SP-professionaliseringstrajecten en met name SP-intervisie. Geprobeerd wordt aanbevelingen te formuleren hoe de professionaliteit van simulatiepatiënten efficiënt verbeterd kan worden.

Referentie

1 Claudia Schlegel. Standardized Patients' Perspectives on Workplace Satisfaction and Work-Related Relationships, A Multicenter Study. Simulation in Healthcare. Vol.11, number 4, august 2016

Max aantal deelnemers: 30

Trefwoord: Teaching & learning: Standardized patients, Learning outcomes: Communication skills, Teachers/Trainers: Professionalism/scholarship

Wijze van presentatie: Rondetafelsessie

Break the silence: personal leadership as a weapon to speak up

Malik RE, Akdemir N, Scheele F
Onze Lieve Vrouwe Gasthuis

Thema

De meeste zorgprofessionals denken dat ze aan 'speaking up' zullen doen wanneer ze geconfronteerd worden met onprofessioneel gedrag, slechts enkelen doen dit ook daadwerkelijk. Uit de literatuur blijkt dat het zwijgen in bepaalde situaties van zorgprofessionals niet alleen het welzijn van patiënten nadelig kan beïnvloeden, maar ook het welzijn van zorgprofessionals en de organisatie waar ze werkzaam zijn. Multi-pele sociale en hiërarchie gerelateerde angsten zijn veelal de reden om het zwijgen niet te doorbreken. A(N)IOS zullen bijvoorbeeld terughoudend zijn om aan speaking-up te doen wanneer hun supervisor een onprofessionele houding aanneemt om hun toekomstige carrière niet in gevaar te brengen. Een ander voorbeeld is dat zorgprofessionals niet altijd aan speaking-up doen om een andere collega te beschermen; zij willen immers niet de reden zijn dat andere collega's in de problemen komen. Ondanks dat veel zorgprofessionals tegen bepaalde situaties aanlopen waarin zij aan speaking-up zouden willen of moeten doen, blijven zij het moeilijk vinden om te beslissen wanneer en op welke manier ze moeten ingrijpen. Met deze workshop willen wij inzicht bieden in een strategie om je persoonlijk leiderschap verder te ontwikkelen met als doel speaking-up te bevorderen.

Doel

Aan het einde van deze sessie hebben participanten concrete handvatten om hun persoonlijk alsook professioneel leiderschap verder te ontwikkelen en kunnen participanten deze kennis combineren en gebruiken om hun speaking-up te bevorderen.

Doelgroep

Een ieder geïnteresseerd in leiderschap en speaking-up o.a. AIOS, managers, opleiders, verpleegkundigen en onderwijskundigen.

Opzet: activiteiten en opbrengst

- Achtergrondinformatie over speaking up en persoonlijk leiderschap
- Deelnemers denken na over een eigen situatie waarin zij niet aan speaking up hebben gedaan maar wel wilden doen. Dit analyseren zij aan de hand van het G-schema en bespreken dit in duo's.
- Enkele casus uit de groep worden plenair besproken.
- Toolkit professioneel leiderschap
- Vragen en feedback

Max aantal deelnemers: 30

Trefwoord: Learning outcomes: Leadership skills, Learning outcomes: Professionalism / attitude / ethics, Students/Trainees: Student/trainee in difficulty

Wijze van presentatie:

Door de ogen van de student: misconcepties in het medisch fysiologisch onderwijs

Versteeg M, Steendijk P
LUMC

Probleemstelling

Het begrijpen van medisch fysiologische concepten vormt een uitdaging voor veel medische studenten en gaat gepaard met een hoge prevalentie van misconcepties. Deze misconcepties, gedefinieerd als met vertrouwen gegeven maar incorrecte antwoorden, kunnen uiteindelijk resulteren in inaccurate diagnostiek en behandeling.¹ Binnen het medisch onderwijs is er relatief weinig aandacht voor *conceptual change* onderzoek², waarbij methoden voor het effectief elimineren van misconcepties worden bestudeerd. Dit wordt mede veroorzaakt door gebrek aan informatie over de aard en prevalentie van misconcepties. In deze studie onderzoeken wij met *multi-tier* toetsing, reeds toegepast en effectief in het hoger onderwijs, misconcepties in medisch fysiologische contexten. We adresseren de onderzoeksvraag: Is *multi-tier* toetsing een geschikte methode om informatie te verkrijgen over de prevalentie en het type misconcepties binnen medisch fysiologisch onderwijs?

Methode

Tweedejaars studenten (n=81) van het LUMC maakten vier '*multi-tier*' (2-staps) meerkeuzevragen over cardiovasculaire fysiologie tijdens een werkgroep van het vak 'Physiology Basic Concepts'. Bij deze stellingvragen kozen studenten eerst voor een ja/nee antwoord (stap 1) en vervolgens voor één van de mogelijke gegeven verklaringen (stap 2) ter ondersteuning van hun ja/nee antwoord. Daarnaast gaven studenten op een 5-pt Likert-scale aan hoe zeker ze waren van hun antwoorden in zowel stap 1 als stap 2. We gebruikten Hasan's-decision-matrix om de antwoorden te categoriseren, waarbij een fout antwoord met hoge zekerheid geldt als een misconceptie.

Resultaten en conclusie

De correlatie tussen de testscores van de studenten en hun bijbehorende zekerheid was laag ($r_s = 0.364$, $p = 0.001$). Opvallend is dat 76.5% van de ja/nee vragen correct werd beantwoord, maar dat 38.4% hiervan gevolgd werd door een incorrecte verklaring. Op basis van het geassocieerde hoge vertrouwen werd 46.8% van de foute antwoorden geclassificeerd als een misconceptie, en dus 53.2% als gebrekkige en/of incomplete kennis.

Discussie

Dit is de eerste studie binnen het medisch onderwijs waarbij conceptueel begrip en het geassocieerde bewustzijn getest worden met 'twee-staps' meerkeuzevragen. Door de twee-staps vragen kunnen we zien dat een goede ja/nee respons nog geen goede indicatie geeft van het begrip van de studenten. Verder demonstreren we dat incorrecte conceptuele kennis veelvuldig voorkomt bij studenten en dat bovendien veel studenten zich hiervan niet bewust zijn. Zulke misconcepties kunnen volgens *conceptual change* theorieën alleen worden verholpen als er voldoende aandacht wordt besteed aan de voorkennis en bewustwording van de student. Deze studie is een eerste stap in de richting van het ontwikkelen van *conceptual change* instructies in het medisch onderwijs om conceptueel fysiologisch begrip te vergroten.

Referenties

- 1 Goldszmidt et al., Expanding the basic science debate: the role of physics knowledge in interpreting clinical findings. *Advances in health sciences education* 17,547-555(2012).
- 2 Posner et al., Accommodation of a scientific conception: Toward a theory of conceptual change. *Science education* 66,211-227(1982).

Trefwoord: Assessment: Self-assessment, Assessment: Psychometrics, Learning outcomes: Basic medical sciences

Wijze van presentatie: Onderzoekspaper

Weet jij wat je (niet) weet? De Post-decision Wagering methode als een maat voor zelfkennis

Versteeg M, Steendijk P
LUMC

Probleemstelling

Studenten leren effectiever wanneer ze goed zelf kunnen inschatten wat ze wel en niet weten.¹ Discrepancie tussen metacognitieve zelfkennis en daadwerkelijke kennis kan het leerproces hinderen. Een student kan overtuigd zijn dat een oplossing voor een vraagstuk correct is, terwijl hij/zij in werkelijkheid een cruciale redeneerfout maakt die kan leiden tot een diagnostische fout of complicatie. Binnen medisch onderwijs wordt echter weinig gefocust op zelfkennis bij conceptueel denken en klinisch redeneren. Dit komt deels doordat het onduidelijk is hoe we zelfkennis accuraat kunnen meten. Vanuit de psychologie is de meetmethode Post-decision Wagering (PDW) gevalideerd.² Zelfkennis wordt bij PDW gemeten door studenten punten/geld in te laten zetten op hun gekozen antwoord. Deze methode zou accurater zijn dan de veelgebruikte Likert-scale, omdat PDW een positief effect heeft op de motivatie van studenten bij het inschatten van hun kennis. In deze studie kijken we naar de bruikbaarheid van deze methode voor het (bio)medisch onderwijs.

Methode

Eerstejaars biomedische studenten (n=71) maakten tijdens kleinschalig onderwijs (5 werkgroepen) een pre-post test over medische fysiologie. Twee groepen beoordeelden hun zekerheid ('hoe zeker ben je van je antwoord?') via PDW, waarbij ze 1-5 punten konden inzetten op hun antwoord. Bij een correct antwoord 'winnen' ze en bij een incorrect antwoord 'verliezen' ze hun ingezette punten. De overige drie groepen gebruikten een 5-pt Likert-scale (LS) om het vertrouwen in hun antwoord aan te geven. Na de pre-test werden de correcte antwoorden klassikaal besproken en volgde een post-test met isomorfe vragen.

Resultaten (en conclusie)

De zekerheidsscore met PDW (pre: 3.75 ± 0.14 , post: 4.60 ± 0.07 , max 5) was significant hoger dan met de LS (pre: 3.13 ± 0.08 , post: 3.92 ± 0.08) terwijl alle groepen vergelijkbare toets scores hadden. De zekerheidsscores voor zowel correcte and incorrecte antwoorden waren relatief normaal verdeeld in de LS groepen, terwijl bij PDW vooral de uitersten van de schaal werden gebruikt ($p < 0.0001$). In de LS groepen was een lage maar significante correlatie tussen de daadwerkelijke kennis en zelfkennis (pre: $R^2 = 0.16$, $p = 0.01$; post: $R^2 = 0.25$, $p = 0.001$). In de PDW conditie was er geen significante correlatie.

Discussie

Hoewel PDW een gevalideerde methode is in psychologisch onderzoek, geven onze bevindingen aan dat de traditionele LS methode een betere inschatting geeft van wat studenten (niet) weten. Wij adviseren het medisch onderwijs om bij het inventariseren van zelfkennis onder studenten de Likert-scale te gebruiken. Hopelijk stimuleert deze studie de opleidingen en docenten om zelfkennis te inventariseren bij studenten, wat kan leiden tot effectiever leren en, uiteindelijk, minder complicaties in de zorg.

Referenties

- 1 Kruger & Dunning. Unskilled and unaware of it. *Journal of personality and social psychology* **77**, 1121-1134 (1999).
- 2 Persaud et al. Post-decision wagering objectively measures awareness. *Nat. Neurosci.* **10**, 257-261 (2007).

Trefwoord: Assessment: Self-assessment, Learning outcomes: Basic medical sciences

Wijze van presentatie: Onderzoekspaper

Samen een weg vinden door de mist: het begeleiden van aios bij complexe casuïstiek

Noeverman – Poel PI¹, Bruijne MC de¹, Cristancho SM², Dijk N van³, Hertogh CMPM¹, Smalbrugge M¹, Helmich E⁴

¹Amsterdam UMC, loc. VUmc, ²Western University, ³Amsterdam UMC, loc. AMC, ⁴UMC Groningen

Probleemstelling

De gezondheidszorg wordt steeds complexer, onder andere door de vergrijzing en toename van chronische ziekten. Het is belangrijk dat aios zelfstandig leren omgaan met complexe casuïstiek, maar er is nog weinig onderzoek gedaan naar hoe ze dit leren in de praktijk. Daarom wilden wij meer inzicht krijgen in de manier waarop aios en opleiders omgaan met complexe casuïstiek tijdens de opleiding. Onze deelvragen waren: 1) wat ervaren aios en opleiders als complex; 2) welke vaardigheden zijn volgens opleiders en aios nodig voor het omgaan met complexiteit; 3) hoe worden aios begeleid bij complexe casuïstiek?

Methode

Deze studie volgde de principes van constructivistische Grounded Theory. Wij interviewden 17 aios en opleiders in de huisartsgeneeskunde en het specialisme ouderengeneeskunde. In 3 gevallen hebben we een aios-opleider koppel geïnterviewd over dezelfde casus. Deelnemers tekenden eerst een "Rich Picture" van een complexe casus [1], gevolgd door een semigestructureerd interview. We hebben de data in drie stappen geanalyseerd: 1) open coding van interviewtranscripten; 2) analyse van de tekeningen door een gestructureerde beschrijving van de verschillende elementen, gevolgd door een integrale analyse van transcript en tekening met het hele onderzoeksteam; 3) "focused" en "theoretisch" coderen van de interviews, waarbij de belangrijkste thema's uit stap 1 en 2 als codes dienden.

Resultaten

Complexiteit werd omschreven en uitgebeeld als "door de bomen het bos niet meer zien", "lopen in de mist" en "op een kruispunt staan". Er waren verschillende factoren die complexiteit veroorzaakten, bijvoorbeeld onzekerheid over behandeling of prognose, aanwezigheid van problemen op meerdere gebieden tegelijk en communicatie- en samenwerkingsproblemen. Opleiders gaven aan dat ze steeds minder vaak situaties echt complex vonden, al kon de begeleiding van aios wel complex zijn. Opleiders benoemden verschillende vaardigheden die aios nodig hebben voor het omgaan met complexiteit: zelfreflectie, een goede balans hebben tussen afstand en betrokkenheid en het kunnen herkennen van de verschillende aspecten van een complexe situatie. Aios voelden zich meer competent als ze ervaring hadden met complexe casuïstiek. Aios voelden zich gesteund als de opleider ze hielp met structureren en prioriteren, ze voorbereidde op mogelijke valkuilen, indien nodig moeilijke beslissingen van ze overnam, en als ze samen met de opleider konden "sparren".

Discussie

Complexe situaties worden onder andere gekenmerkt door onzekerheid en onvoorspelbaarheid [2]. Ook afgestudeerde huisartsen en specialisten ouderengeneeskunde komen regelmatig complexe situaties tegen waarvoor ze geen pasklare oplossing hebben. Daarom is het in de opleiding belangrijk om strategieën aan te leren voor het omgaan met zulke situaties. Opleiders kunnen aios daarbij helpen door ze te laten ontdekken welke strategieën bij hun persoonlijke sterke en zwakke kanten passen.

Referenties

1 Cristancho S. et al. Seeing in different ways: introducing "rich pictures" in the study of expert judgment. Qual Health Res. 2015;25(5):713-25.

2 Plsek PE, Greenhalgh T. Complexity science: The challenge of complexity in health care. BMJ. 2001;323(7313):625-8.

Trefwoord: Medical education: Postgraduate education, Research in medical education: Methodologies, Teaching & learning: General

Wijze van presentatie: Onderzoekspaper

Proces van kennisontwikkeling en beeldvorming van kennisniveau binnen de huisartsopleiding: een kwalitatief onderzoek

Smulders S, Sagasser MH, Essers GTJM, Nijveldt MJ, Dijk N van
Huisartsopleiding Nederland

Probleemstelling

Het verwerven van medische kennis is belangrijk in de driejarige huisartsopleiding. Aios verwerven veel kennis in de praktijk waar zij, onder supervisie van een opleider, vier dagen per week werken. Ook tijdens het terugkomdagonderwijs (wekelijks) doen ze veel kennis op. De opleiding bevat daarmee formeel en informeel leren.¹ Om richting te geven aan het leerproces is inzicht in kennislacunes, kennisniveau én kennisontwikkeling belangrijk. De Landelijke Huisartsgeneeskundige Kennistoets (LHK), die aios twee keer per jaar maken, is één manier om inzicht te krijgen in het kennisniveau. Het is bekend dat artsen niet goed hun lacunes kunnen benoemen², en dat het sturen van formeel en informeel leren een eigen dynamiek kent.¹ Dit onderzoek heeft twee doelen: enerzijds inzicht krijgen in het proces van kennisontwikkeling bij aios en anderzijds inzicht krijgen hoe docenten het kennisniveau van aios bepalen.

Methode

Een kwalitatief onderzoek volgens de *grounded theory* methode met semigestructureerde individuele interviews met aios (n=8) en docenten (n=8) van elk huisartsinstituut en een focusgroepinterview met opleiders (n=5). De transcripten werden iteratief (door twee resp. een onderzoeker) open, axiaal en selectief gecodeerd.

Resultaten

Kennisontwikkeling verloopt in twee stappen: bewustwording van kennislacunes en leeractiviteiten. Voor de bewustwording is patiëntcasuïstiek de belangrijkste aanleiding. Ook onderwijs, kritische vragen van de opleider en de Landelijke Huisartsgeneeskundige Kennistoets (LHK) dragen bij. Daarna volgen leeractiviteiten: nazoeken in literatuur, bespreken met opleider of bespreken op de terugkomdag. Zonder aanleiding studeren vinden aios niet zinvol.

Voorkennis van aios (werkervaring), stimulans door de opleider, aansluiting van onderwijs bij de praktijk en verdieping tijdens het onderwijs hebben invloed op de kennisontwikkeling.

Wat betreft zicht krijgen op het kennisniveau van aios is het voor docenten bij zogenaamde 'uitschieters' (aios met hoog of laag kennisniveau) snel duidelijk, voor de 'middengroep' is dit lastiger. Docenten baseren hun oordeel over het kennisniveau op besprekingen met de opleider, LHK-uitslagen, observaties van consulten en inbreng tijdens terugkomdagen.

Conclusie

Casuïstiek vormt de belangrijkste aanleiding voor bewustwording van kennislacunes, leeractiviteiten en kennisontwikkeling.

Docenten hebben verschillende strategieën om het kennisniveau van de aios te beoordelen. De LHK speelt een rol bij zowel bewustwording kennislacunes als bepalen van het kennisniveau.

Discussie en aanbevelingen

Voldoende variatie in casuïstiek is belangrijk voor stimulering van kennisontwikkeling. Verder onderstreept dit onderzoek het belang van goede aansluiting van onderwijs bij de dagelijkse praktijk.

Referenties

1 Sagasser MH, *Self-regulation and entrustment in workplace learning; an exploratory study in postgraduate training for general practice*. Thesis. Enschede, 2016.

2 Davis DA, Mazmanian PE et al, *Accuracy of physician self-assessment compared with observed measures of competence: a systematic review*. JAMA.2006;296(9):1094-102.

Trefwoord: Learning outcomes: General, Assessment: Progress test, Medical education: Postgraduate education

Wijze van presentatie: Onderzoekspaper

Selectie van AIOS; analyse van het opleidersperspectief

Dijkhuizen K¹, Bustraan J¹, Beaufort AJ de¹, Bogaard MED van den²

¹LUMC, ²Technische Universiteit Delft

Probleemstelling

Selectie van toekomstig medisch specialisten is een competitief proces waarbij voor zowel de kandidaat als de opleider veel op het spel staat. Veel studies onderzochten de psychometrische aspecten van selectie-instrumenten⁽¹⁾, met als doel het toekomstig functioneren zo goed mogelijk te voorspellen. Echter de potentiële invloed van de leden van de sollicitatiecommissie, waaronder de opleider, blijft hierbij buiten beschouwing. Er is beperkt inzicht in welke waarden en opvattingen van opleiders een rol spelen tijdens het selectieproces. Deze studie beoogt dit inzicht te vergroten door te exploreren: (1) Welke factoren opleiders van belang achten bij selectie van AIOS en waarom & (2) Hoe het besluitvormingsproces van de selectiecommissie verloopt.

Methode

Het betreft een exploratieve kwalitatieve studie verricht vanuit het naturalistisch paradigma. De onderzoekers hebben semigestructureerde interviews afgenomen bij opleiders van verschillende intramurale specialismen uit twee opleidingsregio's (n=36). De transcripten werden door drie onderzoekers thematisch geanalyseerd, hierbij gebruikmakend van een combinatie van generieke thema's⁽²⁾ en in-vivo codering (interbeoordelaarsbetrouwbaarheid >80%).

Resultaten en conclusie

Opleiders zijn op zoek naar kandidaten die niet alleen een goede dokter zijn maar die zich tevens op andere gebieden onderscheiden. Wetenschappelijke interesse speelt hierbij een belangrijke rol, evenals wat de beoogde kandidaat kan bijdragen aan de workforce. Opleiders geven de voorkeur aan kandidaten die zij 'kennen', die zij aan het werk hebben gezien en die zij goed in de groep vinden passen. Hier blijkt sprake te zijn van een evident 'voorselectie'-traject voorafgaande aan de formele selectieprocedure. Gedurende de procedure zoeken opleiders naar zekerheid wat betreft toekomstig functioneren. Zij maken hierbij gebruik van 'proxy's'; een eigenschap van de kandidaat die een beoogde kwaliteit zou weerspiegelen (bv. topsport weerspiegelt samenwerkingscapaciteiten). Het besluitvormingsproces berust grotendeels op intuïtie in plaats van op vooraf vastgestelde criteria, waarbij doorgaans eenvoudig consensus wordt verkregen binnen de commissie. Opleiders ervaren een grote verantwoording jegens de beroepsgroep en de kandidaat en zoeken naar methoden om de selectieprocedure te professionaliseren.

Discussie

Opleiders maken gebruik van het principe dat 'de beste voorspeller van toekomstig functioneren prestaties uit het verleden zijn'. Hiermee is onbedoeld de groep kandidaten zonder ANIOS-ervaring of 'die men niet kent' in het nadeel. Criteria voor oordeelsvorming variëren tussen de commissieleden en blijven veelal impliciet. De besluitvorming is niet gestandaardiseerd en berust grotendeels op intuïtie. Dit alles komt de transparantie en betrouwbaarheid van de procedure niet ten goede. Tot slot, de wens om een kandidaat aan te nemen die 'in de groep past' zou de diversiteit van de toekomstige workforce kunnen beperken.

Referenties

1 Roberts et al. Medical Teacher (2017). Utility of selection methods for specialist medical training: A BEME systematic review.

2 Miles, Huberman & Saldana. Qualitative Data Analysis: a methods sourcebook. Edition 3. Sage publications.

Trefwoord: Education management: Selection of students/trainees, Medical education: Postgraduate education, Research in medical education: All

Wijze van presentatie: Onderzoekspaper

Verhoging van de eis voor Bindend Studietoedvies heeft een genderspecifiek effect op studieprestaties en stress bij studenten Geneeskunde

Stegers-Jager KM¹, Savas M¹, Rossum EFC van¹, Waal J van der², Woltman AM¹

¹Erasmus MC, ²Erasmus Universiteit

Probleemstelling

De uitdaging voor geneeskundeopleidingen is om een academische omgeving te creëren waarin studenten gestimuleerd worden optimale studievoortgang te boeken zonder daarbij hun welzijn te schaden¹. Verschillende studies tonen een hoge prevalentie van stress onder geneeskundestudenten². Daarom is het effect van het verhogen van de norm voor het bindend studietoedvies (BSA) op studieprestaties en het chronische psychologische en biologische stressniveau van geneeskundestudenten onderzocht. Daarnaast is bestudeerd of deze effecten verschillen tussen mannen en vrouwen.

Methode

De opleiding Geneeskunde van het Erasmus MC verhoogde de BSA-norm van 40 (67%) naar 60 (100%) van de in totaal 60 studiepunten van bachelorjaar 1. De studieprestaties van het laatste 40-puntencohort 2013 (n=410) en het eerste 60-puntencohort 2014 (n=413) werden vergeleken. Alle studenten uit deze cohorten zijn geïnformeerd over de studie en gevraagd zich vrijwillig aan te melden. Vrijwilligers (n=212, n=244) hebben 1,5 maand voor het einde van het eerste bachelorjaar een 14-item vragenlijst 'Perceived Stress Scale' (PSS) ingevuld. Deze PSS-items weerspiegelen zowel de aanwezigheid van stressgevoelens als het onvermogen om daarmee om te gaan. Op de laatste dag van het collegejaar werden bovendien haarmonsters afgenomen (n=181, n=162) om het gemiddelde biologische stressniveau, i.e. de cortisolconcentratie, tijdens de laatste 3 maanden te bepalen. Data werden geanalyseerd met logistische regressie en tweeweg ANOVA.

Resultaten (en conclusie)

Studenten uit het 60-puntencohort (OR=4,65) en vrouwen (OR=2,05) studeerden significant vaker nominaal in het eerste jaar. Een significant interactie-effect (OR=0,46) gaf aan dat de BSA-normverhoging effectiever was voor mannelijke (van 38% naar 74% nominaal) dan voor vrouwelijke studenten (van 56% naar 73%). PSS-scores waren ook significant hoger voor het 60-puntencohort (40-cohort=24,1 vs 60-cohort=27,8; $F(1,474)=15,08$; $p<0,001$) en voor vrouwen ($F(1,474)=16,29$; $p<0,001$). Dit gold specifiek voor vrouwen in het 60-punten cohort (marginaal significant interactie-effect: $F(1,474)=3,84$; $p=0,051$). Cortisolconcentraties verschilden niet tussen cohorten (40-cohort=23,8 pg/mg haar vs 60-cohort=22,7 pg/mg), maar waren significant hoger voor vrouwen ($F(1,332)=7,93$; $p<0,01$); er was geen interactie-effect. Zowel PSS (OR=0,91) als cortisol (OR=0,38) waren onafhankelijke voorspellers van eerstejaars studieprestaties in afzonderlijke modellen die ook cohort en geslacht bevatten. Studenten, in het bijzonder mannelijke studenten, met hoge scores op zowel PSS als cortisol hadden significant lagere studieprestaties (OR=0,27).

Discussie

De strengere BSA-norm verhoogde studieprestaties, het meest prominent voor mannelijke studenten. Hoewel een bias in de deelnemers aan de studie mogelijk is, verhoogde de strengere BSA-norm ook de psychologische stress, vooral voor vrouwelijke studenten. Een hoge score voor zowel PSS als cortisol was gerelateerd aan slechtere studieprestaties. Er lijkt dus een relatie te bestaan tussen hogere eisen aan studieprestaties en het welzijn van studenten. Bovendien blijken veranderingen in de academische onderwijsomgeving een verschillend effect te kunnen hebben op mannelijke en vrouwelijke studenten.

Referenties

1 Wasson LT, Cusmano A, Meli L, Louh I, Falzon L, Hampsey M, Young G, Shaffer J, Davidson KW. Association Between Learning Environment Interventions and Medical Student Well-being: A Systematic Review. JAMA 2016;316:2237-2252.

2 Hoge V, Henderson M. Medical student depression, anxiety and distress outside North America: a systematic review. Med Educ 2014;48:963-79.

Trefwoord: Students/Trainees: Stress, Students/Trainees: Gender, Education management: Evidence-based education

Wijze van presentatie: Onderzoekspaper

Meerdere beoordelingen leiden tot minder etniciteit gerelateerde verschillen in coschapcijfers

Andel CEE van, Stegers-Jager KM, Themmen APN, Born PM
Erasmus MC

Probleemstelling

Eerder onderzoek heeft aangetoond dat studenten zonder migratieachtergrond meer kans hebben op goede coschapcijfers ten opzichte van studenten met migratieachtergrond¹. Eindcijfers die gebaseerd zijn op meerdere, gevarieerde testen en door verschillende beoordelaars gegeven scores wordt o.a. in programmatisch toetsen aanbevolen², omdat het de impact van ongewenste variatie (zoals geslacht, huidskleur) in beoordelingen zou verminderen. Dit onderzoek test vraag 1) in hoeverre etniciteit gerelateerde verschillen in coschapcijfers verminderen in een evaluatiesysteem met meerdere beoordelingen ten opzichte van een globale beoordeling en vraag 2) in hoeverre etniciteit gerelateerde verschillen toenemen wanneer supervisors afwijken van de door het systeem geadviseerde coschapcijfer op basis van meerdere beoordelingen.

Methoden

Studentetniciteit was geclassificeerd als Turks/Marokkaans/Afrikaans, Surinaams/Antilliaans, Aziatisch, Westers, of Nederlands. Vraag 1 – Data van 1667 studenten (74.3% Nederlandse studenten) uit cohort 2002-2004 (globale beoordeling: 818 studenten) en uit cohort 2008-2010 (meerdere beoordelingen: 849 studenten) werden gebruikt. De uitkomstmaat was gedefinieerd als ≥ 3 keer een 8 of hoger in vijf coschappen op een schaal van 1-10. Vraag 2 – Data van 849 studenten (72.4% Nederlandse studenten), uit het evaluatiesysteem met meerdere beoordelingen, werden gebruikt. De uitkomstmaat was het totale aantal punten dat supervisors hadden afgeweken van het origineel/gesuggereerde cijfer. Beide analyses werden gecontroleerd voor geslacht, leeftijd, migratiestatus en gemiddeld bachelor cijfer.

Resultaten (en conclusie)

Vraag 1 – Het significante interactie-effect, $\text{Wald}\chi^2(4) = 15.77, p < .01$, gaf aan dat etniciteit gerelateerde verschillen in coschapcijfers kleiner waren wanneer meerdere beoordelingen werden gebruikt, ten opzichte van een globale beoordeling, ongeacht controlevariabelen. Nederlandse studenten hadden een verminderde kans op het hebben van ≥ 3 keer een 8 of hoger in vijf coschappen (.87 naar .65) in een evaluatiesysteem met meerdere beoordelingen, terwijl Surinaamse (.03 naar .51) en Aziatische studenten (.21 naar .30) verhoogde kansen hadden. Vraag 2 – Etniciteit gerelateerde verschillen werden geherintroduceerd wanneer supervisors de kans kregen om af te wijken van originele scores, waarbij gemiddeld bachelor cijfer ook een voorspeller was voor supervisors' scoreafwijkingen.

Discussie

Deze resultaten ondersteunen onderzoek waaruit blijkt dat het gebruik van meerdere beoordelingen door verschillende beoordelaars in gemixte testen een accurater beeld geeft van daadwerkelijke studentcompetenties. Meerdere beoordelingen laten namelijk minder variatie op basis van studentetniciteit toe. Een andere implicatie is dat het verstandiger is om supervisors geen mogelijkheid te geven om af te wijken van de door het systeem geadviseerde coschapcijfers, zonder hun keuze te legitimeren.

Referenties

- 1 Stegers-Jager KM, Steyerberg EW, Cohen-Schotanus J, Themmen AP. Ethnic disparities in undergraduate pre-clinical and clinical performance. *Med Educ.* 2012;**46**:575-585.
- 2 Van Der Vleuten CPM, Schuwirth LWT. Assessing professional competence: from methods to programmes. *Medical Education.* 2005;**39**:309-317.

Trefwoord: Assessment: Clinical assessment, Learning outcomes: Clinical and practical skills

Wijze van presentatie: Onderzoekspaper

Validiteitsbewijs voor programmatisch toetsen binnen competentiegericht opleiden

Bok GJ¹, Jong L², O'Neill T², Maxey C², Hecker K²

¹Faculteit Diergeneeskunde, ²Universiteit Utrecht

Probleemstelling

Gezondheidszorgopleidingen leiden veelal competentiegericht op. Om competentiegericht opleiden succesvol te laten zijn, is het essentieel dat de competentieontwikkeling die de student doormaakt inzichtelijk gemaakt kan worden. Dit dient twee doelen: 1) het optimaliseert de leerfunctie en stelt de student in staat om inzicht te krijgen in de sterke en verbeterpunten en dientengevolge het leren zelf te kunnen sturen, en 2) het stelt de opleiding in staat om de voortgang van de student te beoordelen en een robuust besluit te nemen voor promotie of certificeringsdoeleinden (beslisfunctie). Het model van programmatisch toetsen¹ wordt in toenemende mate wereldwijd in diverse gezondheidszorgopleidingen ingezet om competentieontwikkeling zichtbaar te maken² om zodoende de (formatieve) leerfunctie en de (summatieve) beslisfunctie betekenisvol te combineren. Een belangrijk voorwaarde binnen dit model is dat prestatie-relevante informatie, bijv. kwalitatieve en kwantitatieve informatie uit werkplek-beoordelingen verzamelt over een langere periode, de progressie van het leren zichtbaar maakt. Om prestatie-relevante informatie voor zowel de leer- als beslisfunctie te kunnen gebruiken is validiteitsbewijs t.a.v. programmatisch toetsen nodig. Tot op heden ontbreekt dit validiteitsbewijs echter in de wetenschappelijke literatuur. In deze studie gebruiken we Kane's argumentatieve benadering van validiteit om te onderzoeken of programmatisch toetsen gebruikt kan worden binnen competentiegericht opleiden om de progressie van leren binnen en over competenties longitudinaal betekenisvol zichtbaar te maken.

Methode

In deze retrospectieve studie zijn de werkplekbeoordelingen van 962 studenten over een periode van 124 weken in de masteropleiding Diergeneeskunde geanalyseerd. Zowel beschrijvende statistiek als multilevel modelling is gebruikt om 327.974 toetsdatapunten afkomstig uit 16.575 werkplek-beoordelingen (klinische praktijkbeoordelingen, multiple source feedbackformulieren en zelfevaluatie formulieren) te analyseren.

Resultaten (en conclusie)

De beschrijvende statistiek laat een sigmoïdale leercurve zien voor scores gecombineerd voor student, competentie en werkplekbeoordelingsinstrument. Na een stabiele eerste fase is een sterke versnelling in competentieontwikkeling waarneembaar tussen week 40 en 75. De grootste variantie in scores wordt veroorzaakt door tussen-student prestatieverschillen (40%). Werkplekbeoordelingsinstrument en competentie variantiecomponenten liggen in de klein tot gemiddeld range. De statische analyse levert validiteitsbewijs m.b.t. de gemaakte inferenties dat 1) scores verzameld over tijd betrouwbaar zijn, 2) de gemiddelde scores over tijd een leereffect demonstreren, 3) de dominante bron voor variantie is toe te schrijven aan tussen-student verschillen in prestatie, en 4) dat er differentiatie van prestatie over tijd mogelijk is op basis van scores van verschillende competenties verzameld met verschillende instrumenten.

Discussie

De resultaten leveren ondersteunend validatiebewijs voor de effectiviteit van een toetsprogramma ontworpen volgens de principes van programmatisch toetsen binnen competentiegericht opleiden. De meerderheid van de variantie in scores lijkt student-gerelateerd en betrouwbaar wat ondersteunend is aan de psychometrische eigenschappen dan wel aan de leer- en beslisfuncties van programmatisch toetsen. Tegelijkertijd laat deze studie zien dat learning analytics, door aggregatie van prestatie-relevante informatie, de mogelijkheid biedt de competentieontwikkeling over de tijd te monitoren voor zowel formatieve, summatieve als kwaliteitszorgdoeleinden.

Referenties

- 1 Van der Vleuten CPM, Schuwirth LWT, Driessen EW, et al. A model for programmatic assessment fit for purpose. *Med Teach.* (2012) 34:205–214
- 2 Wilkinson TJ, Tweed MJ. Deconstructing programmatic assessment. *Adv. In Med. Edu. and Prac.* (2018) 9:191-197

Trefwoord: Assessment: Workplace-based (on-the-job)assessment, Curriculum: Outcome/competency-based

Wijze van presentatie: Onderzoekspaper

Professionele ontwikkeling monitoren met behulp van een portfolio. Hoe beoordeel je zulke grote aantallen? Een praktijkbeschrijving

Kleinveld JH, Koens F, Klumpers UMH
Amsterdam UMC, loc. VUmc

Context/probleemstelling of aanleiding

De opleiding geneeskunde van VUmc School of Medical Sciences stimuleert studenten om zelf sturing te geven aan hun professionele ontwikkeling, als aanzet tot 'een leven lang leren'. Daarom houden studenten een portfolio bij, zowel in de bachelor als in de master. De student beschrijft in het portfolio zijn eigen ontwikkeldoelen en reflecteert op zijn ontwikkeling. Jaarlijks worden er minimaal 2700 portfolio's bijgewerkt. Hoe beoordeel je zulke grote aantallen?

Beschrijving van de interventie/innovatie

Tijdens de bachelor heeft de student aan het eind van elk semester een portfoliogesprek met de tutor die de wekelijkse kleinschalige studiegroepen begeleidt. Deze tutores wisselen per semester. In de masteropleiding is de tutor een ervaren clinicus die aan het eind van elk masterjaar een portfoliogesprek met de student voert. Alle tutores volgen een portfoliotraining.

Het portfolio dient 'voldaan' te zijn, als voorwaarde om studiepunten te krijgen. De tutor schrijft een advies aan de examinerende professionele ontwikkeling die vervolgens met behulp van een commissie (6-8 personen) oordeelt of het portfolio voldaan is. Bij 'niet voldaan' volgt een gesprek met de examinerende, in het bijzijn van een beoordelaar, en wordt een herkansingsopdracht vastgesteld.

De beoordelingscommissie bekijkt alle portfolio's die het advies 'niet voldaan' of 'twijfel' hebben gekregen. Per tutor worden twee portfolio's met de kwalificatie 'voldaan' beoordeeld, zodat de kwaliteit van de adviezen gemonitord kan worden. Indien de mening van de beoordelingscommissie over het portfolio afwijkt van dat van de tutor, is dat aanleiding om tutores nader te instrueren of tijdens de training meer aandacht te besteden aan een bepaald aspect.

Ervaringen/analyse van de implementatie

Tutores beschrijven over het algemeen duidelijk in hun advies waarom ze een 'niet voldaan' of 'twijfel' geven. Deze adviezen van tutores komen grotendeels overeen met de indruk van de beoordelingscommissie over het portfolio. Uit de steekproeven blijkt dat tutores verschillen in hoe uitgebreid hun advies over het portfolio is wanneer ze het 'voldaan' achten. De adviezen van tutores vormen een goede basis voor de commissie om een oordeel over het portfolio vast te stellen, waardoor het niet nodig blijkt om alle portfolio's te bekijken.

Lessons learned (implicaties voor de praktijk)

Met behulp van goed geïnstrueerde tutores en een tweestapsproces van adviseren en beoordelen is het mogelijk om op efficiënte wijze voor grote aantallen portfolio's een beoordeling vast te stellen.

Referenties

1 Jacobs, J.C.G., Koens F., Mik, W. (2017). *Onderwijs in beweging. Curriculumfilosofie en uitgangspunten van de bachelor- en masteropleiding geneeskunde VUmc-compas*. VUmc School of Medical Sciences, Amsterdam

Trefwoord: Assessment: Portfolio assessment, Teaching & learning: Portfolios, Learning outcomes: Life-long learning

Wijze van presentatie: Praktijkpaper

Arts-assistenten als mentor tijdens het coschap kindergeneeskunde: een win-win situatie

Bot P

Radboudumc

Context/probleemstelling of aanleiding

In 2017 bleek tijdens spiegelgesprekken met coassistenten dat zij onvoldoende begeleiding ervoeren tijdens hun coschap. Zij gaven aan vooral behoefte te hebben aan begeleiding bij het aanleren van het lichamelijk onderzoek bij kinderen. Vanuit de stagebegeleider was er de wens actief leerdoelen met de coassistenten te bespreken.

Hieruit ontstond het idee om de coassistenten te koppelen aan een arts-assistent als mentor.

Het model van arts-assistent als mentor voor de coassistent is eerder beschreven, hierbij werden positieve effecten in leerklimaat en kwaliteit van feedback aan de coassistenten gezien.^{1 2}

Beschrijving van de interventie/innovatie

Het coschap kindergeneeskunde in het Amalia Kinderziekenhuis bestaat uit een poliklinische en een klinische stage. Voor beide stages kregen de coassistenten een arts-assistent als mentor toegewezen. Coassistenten werden geïnstrueerd om een afspraak met de mentor te maken om de persoonlijke leerdoelen van de coassistent te bespreken en om een afspraak te maken voor gezamenlijk verrichten van lichamelijk onderzoek. Arts-assistenten werden geïnstrueerd om te evalueren of de leerdoelen concreet en specifiek genoeg waren. Tevens werden zij geïnstrueerd om de coassistenten bij het lichamelijk onderzoek te observeren, te begeleiden en concrete feedback te geven.

De coassistent kon bij vragen of problemen met de mentor contact opnemen.

De ervaring van de coassistenten en arts-assistenten werd na afloop van het coschap middels een vragenlijst geëvalueerd.

Ervaringen/analyse van de implementatie

De coassistenten waren positief over deze innovatie. Het oefenen van het lichamelijk onderzoek bij kinderen en ontvangen van directe feedback daarop werd zeer gewaardeerd. Coassistenten gaven aan dat ze beter over hun leerdoelen hadden nagedacht en dat de feedback die ze ontvingen hierdoor specifiek was. Vooral in de poliklinische stage, waarin met verschillende supervisoren wordt samengewerkt, vonden coassistenten het prettig om één aanspreekpunt te hebben.

De arts-assistenten ervoeren deze innovatie als verdieping in de begeleiding van coassistenten. Zij vonden het leuk om door de coassistenten bevraagd te worden naar aanleiding van persoonlijke leerdoelen en vraagstukken. Hierdoor hadden zij een voorbeeldfunctie voor de coassistenten.

Lessons learned (implicaties voor de praktijk)

Mentorschap door arts-assistenten voor coassistenten geeft een verbetering van de kwaliteit van het coschap kindergeneeskunde. Het activeert coassistenten in hun leerproces en lijkt hierdoor de kwaliteit van de feedback die zij ontvangen te verbeteren. Het verbetert de kwaliteit van het onderwijs in het lichamelijk onderzoek bij kinderen. Tevens stimuleert het arts-assistenten in hun rol als begeleider.

Referenties

1 J Moore, C Parsons, S Lomas. A resident preceptor model improves the clerkship experience on general surgery.

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=A+resident+preceptor+model+improves+the+clerkship+experience+on+general+surgery&TransSchema=title&cmd=detailssearch> 2014 Nov-Dec;71(6):e16-8.

2 J Sobbing, J Duong, F Dong, D Grainger. Residents as medical student mentors during an obstetrics and gynecology clerkship.

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Residents+as+medical+student+mentors+during+an+obstetrics+and+gynecology+clerkship&TransSchema=title&cmd=detailssearch> 2015 Sep;7(3):412-6.

Trefwoord: Medical education: Undergraduate education, Learning outcomes: Clinical and practical skills, Learning outcomes: Teaching skills

Wijze van presentatie: Praktijkpapier

Een leerlijn Professionaliteit voor Geneeskunde en Biomedische Wetenschappen: ervaringen en resultaten van 3 jaar pionieren

Ede AE van, Gorgels WJMJ, Heemskerk S, Gulp PJM van
Radboudumc

Context/probleemstelling of aanleiding

In 2015 is een nieuw bachelor curriculum GNK en BMW gestart. Uitgangspunten zijn een actieve, zelfsturende rol van studenten in een praktijkgericht en samenwerkend leerproces dat moet stimuleren tot een 'levenslang lerende'.

De student, 'onze jonge collega', ontmoet vanaf dag één patiënten. In een nieuwe leerlijn 'Professionaliteit' is expliciet aandacht voor leerstrategieën, samenwerken, feedback, reflecteren, leerdoelen, keuzes maken, patiëntcontacten, beroepsoriëntatie en persoonlijke, professionele bewustwording en ontwikkeling. Deze vaardigheden leert de student vanuit ervaringen met patiënten, projecten, stages en overige studieactiviteiten én past hij vervolgens ook weer toe in deze context.

Beschrijving van de interventie/innovatie

In 2-3 coachgroepbijeenkomsten per kwartaal met 8-9 studenten en een eigen coach en met individuele coachgesprekken wordt de student begeleid en gestimuleerd in zijn professionele ontwikkeling.

Feedback vraagt hij van patiënten, peers, begeleiders en docenten.

De student wordt getoetst aan de hand van een gedeelte van zijn e-portfolio waarin de student met reflecties, verslagen en ontvangen feedback zijn ontwikkeling aantoonbaar maakt.

Ervaringen/analyse van de implementatie

Binnen het onderwijs wordt middels een vragenlijst aan studenten en coaches inzicht gegeven hoe de coachgroep vindt dat zij zelf en ten opzichte van andere coachgroepen functioneerde in de afgelopen 6 maanden, welke onderdelen bijdragen aan ontwikkeling en welke behoeftes er binnen de leerlijn zijn. Deze uitkomsten bespreekt de coachgroep om het eigen functioneren te optimaliseren en wordt daarnaast door de leerlijn gebruikt voor generieke verbeteringen. Tevens hebben coaches een reflectie gegeven op hun eigen functioneren.

Resultaten: de openheid en het vertrouwen in deze leeromgeving waarderen studenten en coaches zeer (88,3% resp. 95%); de leerlijn draagt in belangrijke mate bij aan het vinden van de weg van de student en het zich thuis voelen in de studie; studenten zijn expliciet bezig met sterke- /zwakte-analyses en reflectievaardigheden; studenten worden gestimuleerd om verantwoordelijkheid te nemen voor hun eigen leerproces (coaches-GNK 89%, coaches-BMW 100%, studenten 69%) en persoonlijke leerdoelen te formuleren (coaches 85%, studenten 65%); studenten geven aan behoefte te hebben aan meer actuele vraagstukken en praktijkvoorbeelden om de relevantie meer tastbaar te maken; coaches ervaren dat 2^e-jaars studenten meer bereid zijn initiatief en verantwoordelijkheid te nemen voor de opbrengst van een groepsbijeenkomst; toetsing van professionaliteit biedt de mogelijkheid tot het aantonen van individuele ontwikkeling; het beoordelingsproces is zeer arbeidsintensief.

Lessons learned (implicaties voor de praktijk)

Vaardigheden die studenten aanleren zijn generiek en daarmee is de leerlijn toepasbaar binnen verschillende studies. De Tandheelkunde-opleiding (RU-Nijmegen) maakt inmiddels gebruik van leerlijnmateriaal. Het verankeren van professionele ontwikkeling met hun eigen studieactiviteiten en patiëntcontacten is cruciaal om studenten te motiveren. Ruimte voor eigen inbreng is een vereiste in het programma.

Trefwoord: Curriculum: Evaluation of curriculum, Learning outcomes: Professionalism / attitude / ethics, Teaching & learning: Portfolios

Wijze van presentatie: Praktijkpaper

Reflectie als basis voor professionele ontwikkeling, van implementatie tot revisie: lessons learned

Selleger VJ, Wenisch A, Wassink F, Kreeke JJS van de
Amsterdam UMC, loc. VUmc

Context/probleemstelling of aanleiding

Reflectie is essentieel voor de professionele ontwikkeling van geneeskundestudenten. Bij de introductie van het VUmc-compas in 2015 werd een 8e rol, 'de reflector', toegevoegd aan het CanMEDS model. Ook de voorloper van CanMEDS (FPO) kende een achtste rol, 'the person' (1). De VUmc-reflectorrol werd geïmplementeerd als een lijn van reflectiepractica en intervisiebijeenkomsten in alle jaren van bachelor en master. In de loop van dertien jaar zijn verfijningen en toevoegingen geïmplementeerd die het programma versterken. Het visitatierapport (2017) noemt de reflectorrol "een waardevolle toevoeging aan de zeven CanMEDS-rollen, die eveneens mooi is ingebed in de VU-brede onderwijsvisie".

Beschrijving van de interventie/innovatie

Uitgangspunt is dat reflectiepractica worden aangeboden op momenten dat de student een belangrijke professionele ontwikkeling doormaakt, 'just in time': bijvoorbeeld na het eerste snijzaalpracticum en tijdens stages. Tweede uitgangspunt is dat reflectieonderwijs veilig moet zijn: gegeven in vaste kleine groepen, waarbij studenten kiezen wat zij wel of niet delen en niet worden beoordeeld op de (vertrouwelijke) inhoud van hun inbreng. De reflectie wordt beoordeeld in de stageverslagen en indirect bij toetsing van overige competenties. Derde uitgangspunt is dat reflectiepractica worden begeleid door ervaren psychologen of (huis)artsen, zo mogelijk één vaste begeleider per serie. Docenten volgen inwerkbijsessies en intervisie.

Ervaringen/analyse van de implementatie

Evaluaties van de bachelorpractica waren over de jaren voldoende tot goed met een range van 3,0 (eenmalig, gerepareerd) tot 4,3 (op 1-5 Likert schaal). De master-intervisiebijeenkomsten werden in 2015-2016 beoordeeld met een gemiddelde van 3,7 tot 4,0. In 2015 vond 93% van geënquêteerde semiartsen (N=158) intervisie relevant en/of interessant.

Op grond van kwalitatieve student- en docentevaluaties, werden aanpassingen doorgevoerd. Draaiboeken van bachelorpractica werden flexibeler, met ruimte voor inspelen op de behoefte van de groep. Bij drie bachelorpractica is de groepsgrootte verkleind (van 12 naar 6). Een terugkompracticum tijdens de zorgstage is toegevoegd. Het schrijven van reflectieverslagen wordt nu systematisch onderwezen. Intervisie vindt uitsluitend plaats tijdens de coschappen (niet eraan voorafgaand, noch tussen de coschappen in). Een Master-3 symposium, 'Bridge the gap', is ontwikkeld over de stap van coassistent naar arts-assistent. Ten slotte is de aandacht voor de vangnetfunctie van reflectiepractica toegenomen, waarbij regelmatig individuele gesprekken met studenten worden gevoerd.

Lessons learned (implicaties voor de praktijk)

Reflectieonderwijs is maatwerk, waarbij de persoonlijke professionele ontwikkeling van elke student centraal staat. Dit vraagt om een veilige, kleine groep met een ervaren, flexibele docent, die kan inspelen op onverwachte inbreng van studenten en eventuele problemen kan signaleren. Veiligheid in de groep en een goed georganiseerd vangnet zijn daarbij essentieel.

Referenties

1 Whitehead C, Selleger V, van de Kreeke J, Hodges B. The 'missing person' in roles-based competency models: a historical, cross-national, contrastive case study. Med Educ. 2014;48(8):785-795.

Trefwoord: Learning outcomes: Reflection / Critical thinking / decision-making / clinical reasoning,
Curriculum: Student-centred

Wijze van presentatie: Praktijkpaper

De zienswijzen van eerstejaars geneeskundestudenten op sekse- en gendersensitief medisch onderwijs: Een focusgroep onderzoek

Scholte JK, Fluit CRMG, Meulen FWM van der, Albers M, Dijk AL van, Laan RFJM, Teunissen TAM, Lagro-Janssen ALM
Radboudumc

Context/probleemstelling of aanleiding

Om sekse- en gendersensitieve gezondheidszorg te bereiken kan het beste gestart worden met het onderwijzen van medische studenten over sekse- en genderverschillen. Onderwijs is effectiever en leuker als het aansluit bij de behoeften van studenten. Dit onderzoek was gericht op het achterhalen van de zienswijzen van eerstejaars geneeskundestudenten op sekse- en gendersensitief onderwijs. Onze onderzoeksvragen: 1e Hoe kijken eerstejaars geneeskundestudenten in het algemeen en in relatie tot de gezondheidszorg naar sekse- en genderverschillen? 2e Wat willen studenten leren over sekse- en genderverschillen tijdens hun medische onderwijs en in welke vorm?

Beschrijving van de interventie/innovatie

Alle eerstejaars geneeskundestudenten die in 2015 zijn toegelaten tot de Nijmeegse opleiding geneeskunde hebben een uitnodiging ontvangen voor dit onderzoek. In 2015 hebben wij zes focusgroepen gehouden met in totaal 28 eerstejaars geneeskundestudenten. De groepsgesprekken zijn opgenomen en verbatim uitgewerkt. Wij hebben een thematische analyse uitgevoerd gebruikmakend van de volgende stappen: 1.) beschrijvend coderen, 2.) interpreterend coderen en 3.) definiëren van overkoepelende thema's.

Ervaringen/analyse van de implementatie

Tijdens de analyse van de groepsgesprekken hebben wij vier clusters van zienswijzen op sekse- en genderverschillen ontdekt. Explorerend cluster: Studenten hebben behoefte aan concrete en diepgaande uitleg over sekse- en genderverschillen. Ze geven voorkeur aan leren in de praktijk en willen regelmatig feedback ontvangen van alle actoren in hun leeromgeving. Gendered cluster: Studenten associëren sekse- en genderverschillen met vooroordelen en stereotypen over mannen en vrouwen. Kritisch cluster: Studenten beargumenteren dat verschillen tussen patiënten niet alleen ontstaan door de invloed van sekse en gender, maar ook bijvoorbeeld door leeftijd en persoonlijkheid. Ze willen in staat zijn om in elk consult de invloed van sekse- en genderverschillen te bepalen, maar willen dit combineren met persoonsgerichte zorg. Focus op carrière cluster: Studenten verwachten dat hun eigen gender invloed heeft op hun carrière binnen de geneeskunde. Aan het begin van hun studie anticiperen vrouwelijke studenten op toekomstige zorgtaken. Mannelijke studenten verwachten dat zij als minderheid voordeel zullen hebben tijdens het solliciteren naar een opleidingsplek binnen een medisch specialisme en dat vrouwen onderling met elkaar moeten concurreren.

Lessons learned (implicaties voor de praktijk)

Ons onderzoek laat zien dat eerstejaars medische studenten het belangrijk en interessant vinden om te leren over sekse- en genderverschillen. Wij raden aan om binnen het bestaande medisch onderwijs sekse- en genderverschillen die invloed kunnen hebben op de gezondheid en ziekte van patiënten, maar ook impact kunnen hebben op de carrière van de studenten expliciet te behandelen. Wij denken dat een groepsgesprek een geschikte leermethode is om studenten bewust te maken van hun eigen gendered verwachtingen richting patiënten en hun eigen carrière. Er kunnen daarnaast aparte verdiepende modules worden aangeboden waarin studenten diepgaandere kennis kunnen opdoen.

Trefwoord: Curriculum: Student-centred, Medical education: Undergraduate education, Students/Trainees: Gender

Wijze van presentatie: Praktijkpaper

De coassistent als buddy voor de buitenlandse arts: voor wie is het nuttig?

Hogewoning J, Deneer JJM, Asscher V, Hof KS van, Beaufort AJ de
LUMC

Context/probleemstelling of aanleiding

Ieder jaar meldt een aantal artsen met een artsdiploma van buiten de Europese Economische Regio zich aan om in Nederland aan het werk te kunnen als arts[1]. Na een verplichte landelijke assessmentprocedure (VWS) volgt de buitenlandse arts een individueel scholingstraject in een UMC naar keuze, alvorens zich 'BIG te kunnen registreren'. Het scholingstraject bestaat uit het succesvol doorlopen van een of meerdere coschappen. Dit traject is een intensieve periode voor deze artsen die aanpassing vraagt aan een nieuwe omgeving, zorgsysteem en protocollen. Om deze artsen te ondersteunen heeft het LUMC een buddysysteem geïntroduceerd, waarbij ervaren coassistenten ('co-buddy') de buitenlandse artsen begeleiden tijdens hun scholingstraject.

[1] Jaarverslag 2016 Commissie Buitenlands gediplomeerden Volksgezondheid. Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

Beschrijving van de interventie/innovatie

Buitenlandse artsen die in het LUMC/Leidse OOR hun scholingstraject volgen krijgen een co-buddy. Aan de hand van het 'informatieboek over de start van de coschappen' bespreekt de co-buddy zowel praktische als logistieke zaken, krijgt de arts uitleg over het Nederlands zorgsysteem en de medische opleiding, en komen ook culturele verschillen aan de orde. De buitenlandse arts kan gedurende het aanvullende scholingstraject laagdrempelig zijn of haar co-buddy benaderen over zowel praktische als persoonlijke zaken.

Ervaringen/analyse van de implementatie

Begin 2017 is er gestart met het buddysysteem. Momenteel hebben 15 buitenlandse artsen een individuele co-buddy. Uit een enquête onder de buitenlandse artsen blijkt dat zij het buddysysteem waardevol vinden: het buddysysteem geeft hen meer zelfvertrouwen aan het scholingstraject te beginnen, zij hebben een beter beeld van de praktische en logistieke zaken rondom de coschappen en het vervolgtraject. Daarnaast zijn zij positief over het laagdrempelige en informele contact. Ter verbetering werd aangedragen dat, met het oog op optimale begeleiding, de voorkeur uitgaat naar het lopen van coschappen in eenzelfde ziekenhuis of afdeling als de co-buddy. De co-buddy's zijn eveneens bevraagd over hun ervaringen. Zij waarderen met name de toegevoegde waarde van de aanraking met culturele verschillen en het feit dat zij op een persoonlijke manier kunnen bijdragen aan de integratie van de buitenlandse artsen in Nederland.

Lessons learned (implicaties voor de praktijk)

De ervaringen tot nu laten zien dat het buddysysteem een toegevoegde waarde heeft voor zowel de buitenlandse artsen als de co-buddy's. Op dit moment staat het buddysysteem nog in de kinderschoenen, waardoor lange termijn effecten nog niet bekend zijn. Gezien de positieve resultaten tot nu toe is het te overwegen ook in andere UMC's een buddysysteem te introduceren. Toekomstige ervaringen en evaluaties zullen richting geven aan verdere verbetering van het buddysysteem voor buitenlandse artsen.

Trefwoord: Students/Trainees: Student support and counselling, Assessment: General, Curriculum: Integration

Wijze van presentatie: Praktijkpaper

Invloed van feminisatie binnen de medische vervolgoopleidingen op bevlogenheid en burn-out bij arts-assistenten

Kramer M¹, Könings KD¹, Prins JT², Heijden FMMA van der³, Heyligers IC¹

¹Universiteit Maastricht, ²Medisch Centrum Leeuwarden, ³Vincent van Gogh Instituut

Context/probleemstelling of aanleiding

De hoge prevalentie van burn-out bij arts-assistenten is zorgwekkend. Vrouwelijke arts-assistenten hebben meer risico op burn-out dan mannelijke arts-assistenten, met name binnen de nog altijd man-gedomineerde chirurgische werkcultuur (1). Man-vrouw verdeling en een masculiene werkcultuur lijken belangrijke moderatoren voor geslachtsverschillen in burn-out bij arts-assistenten. Bevlogenheid werkt beschermend tegen burn-out. Vrouwelijke arts-assistenten blijken minder bevlogen dan mannelijke arts-assistenten (2). Tegelijkertijd neemt het absolute percentage vrouwelijke artsen in de medische wereld sterk toe: 46% van de artsen wereldwijd is vrouw in 2015 (29% in 1990). Onderzoek naar de gevolgen van deze verandering van man-vrouw verdeling (feminisatie) binnen de medische vervolgoopleidingen voor werk-gerelateerde gezondheid en welzijn bij arts-assistenten ontbreekt, terwijl meer inzicht in de gevolgen van feminisatie cruciaal is voor preventie en gerichte interventies. Deze studie onderzoekt de invloed van geslacht en de verhouding van het aantal vrouwelijke en mannelijke artsen (arts-assistenten en specialisten) op bevlogenheid en burn-out symptomen bij arts-assistenten tijdens het voortschrijdende feminisatieproces.

Beschrijving van de interventie/innovatie

Een vragenlijst werd verspreid onder Nederlandse arts-assistenten in 2005 (N=2115) en in 2015 (N=1231). Bevlogenheid werd gemeten middels de Utrechtse Bevlogenheid Schaal: hoge scores voor "vitaliteit", "toewijding" en "absorptie" zijn indicatoren voor bevlogenheid. Burn-out werd gemeten middels de Utrechtse Burn-out Schaal: hoge scores voor "emotionele uitputting" en "depersonalisatie" en lage scores voor "persoonlijke bekwaamheid" zijn indicatoren voor burn-out. De invloed van geslacht en het percentage vrouwelijke artsen alsook de interactie van deze twee variabelen op indicatoren voor bevlogenheid en burn-out bij arts-assistenten in 2005 en 2015 werd geanalyseerd middels multi-level analyses.

Ervaringen/analyse van de implementatie

Mannelijke arts-assistenten scoorden gemiddeld hoger op vitaliteit ('vol energie en bereidheid tot investeren in werk') dan hun vrouwelijke collega's ($p=.01$). Het percentage vrouwelijke arts-assistenten binnen de medische vervolgoopleiding beïnvloedde vitaliteit: hoe meer vrouwelijke arts-assistenten, des te lager arts-assistenten scoorden op vitaliteit ($p=.04$). Ervaringen burn-out. Mannelijke arts-assistenten scoorden hoger op depersonalisatie ($p<.01$), alhoewel ook hoger op persoonlijke bekwaamheid ($p=.01$) dan hun vrouwelijke collega's. Vrouwelijke arts-assistenten scoorden hoger op emotionele uitputting ($p<.01$). Het percentage vrouwelijke arts-assistenten en specialisten beïnvloedde de relatie tussen geslacht en emotionele uitputting: mannelijke arts-assistenten rapporteerden een hogere mate van emotionele uitputting bij een hoger percentage vrouwelijke arts-assistenten ($p=.03$) en specialisten ($p=.03$), terwijl vrouwelijke arts-assistenten dan juist minder emotionele uitputting rapporteerden.

Lessons learned (implicaties voor de praktijk)

Deze resultaten indiceren dat feminisatie een positieve impact heeft op burn-out bij vrouwelijke arts-assistenten, maar niet bij mannelijke assistenten. Feminisatie leidt verder tot minder bevlogenheid bij zowel mannelijke als vrouwelijke arts-assistenten. Met het oog op bovenstaande bevindingen en het voortschrijdende feminisatieproces is het van belang aandacht te hebben voor het optimaliseren van de opleidingscultuur voor zowel vrouwelijke als mannelijke arts-assistenten.

Referenties

1 Elmore LC, Jeffe DB, Jin L, Awad MM, Turnbull IR, Louis S, et al. HHS Public Access. 2017;223(October 2015):440–51.

2 Prins JT, Hoekstra-Weebers JEHM, Gazendam-Donofrio SM, Dillingh GS, Bakker AB, Huisman M, et al. Burnout and engagement among resident doctors in the Netherlands: A national study. Med Educ. 2010;44(3):236–47.

Trefwoord: Medical education: Postgraduate education, Students/Trainees: Stress, Students/Trainees: Gender

Wijze van presentatie: Praktijkpaper

De effecten van online feedback tijdens formatief toetsen op studiegedrag en studieresultaten van (bio)medische studenten: een gerandomiseerde en gecontroleerde studie

Thijssen DHJ, Hopman MTE, Wijngaarden M van, Hoenderop J, Bindels R, Eijsvogels T
Radboudumc

Context/probleemstelling of aanleiding

Formatieve toetsing met behulp van smartphone applicaties ("apps") verbetert het opnemen van informatie. Een potentiële beperking is dat deze "apps" veelal beperkte mogelijkheden hebben voor het geven van directe feedback. Wij hebben onderzocht of het geven van gedetailleerde feedback tijdens formatieve toetsing met een "app" het studiegedrag en studieresultaten bij studenten Geneeskunde en Biomedische wetenschappen verder kan verbeteren.

Beschrijving van de interventie/innovatie

Voor deze gerandomiseerde en gecontroleerde studie zijn 463 studenten Geneeskunde of Biomedische wetenschappen van de Radboud Universiteit Nijmegen geïnccludeerd. Alle studenten hadden toegang tot een "app", welke 7 formatieve toetsmodules bevatte. Deze modules werden gedurende het 4-weken durende onderwijsblok ("Circulatie & Respiratie") vrijgegeven, en behandelde de relevante stof binnen het onderwijs. Studenten kregen gerandomiseerd toegang tot de "app" met feedback (n=231, "interventie-groep") of zonder feedback (n=232, "controle-groep"). Gedetailleerde feedback werd gegeven in het geval van een foutief antwoord op de formatieve toetsvragen.

Ervaringen/analyse van de implementatie

Er was geen verschil in het gebruik van de "app" tussen de interventie- en controle-groep ($P=0.15$). De interventie-groep heeft significant vaker de antwoorden teruggekeken in vergelijking met de controle-groep ($P=0.007$). Studieresultaten waren significant verschillend tussen de niet-, matig- en veelgebruikers van de "app", waarbij een beter resultaat gevonden werd bij frequenter gebruik ($P<0.001$). Wij vonden geen verschil in studieresultaten tussen de interventie- (6.6 ± 1.1) en controle-groep (6.6 ± 1.1 , 2-weg ANOVA interactie: $P=0.18$). De tijd die werd besteed aan studeren was significant meer ten opzichte van voorgaande blokken in matig- en veelgebruikers van de "app" ($P=0.006$ en <0.001 , respectievelijk), maar niet verschillend in de niet-gebruikers van de "app" ($P=0.55$). De tijd die werd besteed aan studeren was niet verschillend tussen de interventie- en controle-groep ($P>0.05$).

Lessons learned (implicaties voor de praktijk)

Het gebruik van een "app" met formatieve toetsing zorgt voor betere studieresultaten en beter studiegedrag in studenten (bio)medische wetenschappen. Echter, de toevoeging van gedetailleerde feedback aan de "app" zorgt niet voor verdere verbetering van de studieresultaten en studiegedrag.

Trefwoord: Assessment: Feedback, Teaching & learning: Blended learning, Teaching & learning: e-learning/computers

Wijze van presentatie: Praktijkpaper

Het modelleren van klinische complexiteit: hoe de interactie tussen opleidingsomgeving en AIOS motivatie kan bevorderen

Goot WE van der ¹, Cristancho SM², Carvalho Filho MA de³, Jaarsma ADC³, Helmich E³

¹Martini Ziekenhuis, ³UMC Groningen

Probleemstelling

Om te leren en goede patiëntenzorg te leveren is het van belang dat AIOS gemotiveerd zijn. Vanuit de zelf-determinatietheorie is optimale motivatie positief geassocieerd met bijvoorbeeld leren, groei en welbevinden¹. Antecedenten van motivatie zijn echter minder frequent onderzocht². Onderzoek is nodig om te begrijpen hoe de opleidingsomgeving motivatie van AIOS beïnvloedt, omdat dit aanknopingspunten kan bieden om motivatie van AIOS te optimaliseren.

Onderzoeksvraag

Hoe heeft de klinische omgeving invloed op motivatie van AIOS en hoe zijn beide met elkaar verweven?

Methode

Vijftien AIOS namen deel aan deze constructivistische grounded theory studie. Zij waren geïncludeerd op basis van opleiding (10 verschillende snijdende en niet-snijdende specialismen) en opleidingsjaar (jaar 1 of 2). Deelnemers tekenden een Rich Picture van een motiverende situatie, waarna ze geïnterviewd zijn, met een vooraf opgesteld interviewprotocol, om rijke data over motivatie en doelen te verkrijgen. Dataverzameling en data-analyse vonden iteratief plaats, aangevuld met memo schrijven. Dataverzameling continueerde totdat er saturatie optrad. EH en WEG analyseerden de interviews. Alle auteurs waren betrokken bij het analyseren van de Rich Pictures.

Resultaten (en conclusie)

AIOS tekenden uitdagende, specialisme-specifieke situaties die er echt toe deden. Deze situaties waren motiverend doordat AIOS een gevoel van autonomie, competentie en verbondenheid ervoeren. Deze situaties werden globaal gecategoriseerd als legergerichte of patiëntenzorggerichte situaties.

Leegergerichte situaties toonden opleiders of zorgprofessionals die AIOS begeleidden bij het leren van specifieke vaardigheden, zoals opereren. Zij speelden een belangrijke rol bij het beperken van de complexiteit van de situatie, waardoor AIOS gefocust konden oefenen. AIOS konden hierdoor specifieke doelen, gericht op ontwikkeling en groei, nastreven. AIOS beïnvloedden de situatie door vragen te stellen of hun gedrag aan te passen aan opleiders.

Patiëntenzorggerichte situaties toonden samenwerking met patiënt, naasten of zorgprofessionals, bijvoorbeeld tijdens slechtnieuwsgesprekken. Opleiders faciliteerden dat AIOS, in deze complexe situaties, goede patiëntenzorg konden leveren door te fungeren als vangnet. Verpleegkundigen werkten, als gelijkwaardige collega, samen met AIOS in deze situaties. AIOS werden hierdoor ondersteund in hun intrinsieke waarden van het dokter-zijn. Dit stimuleerde het nastreven van globale doelen, gericht op samenwerking en interpersoonlijk contact. AIOS beïnvloedden de situatie door de leiding te nemen in het zorgproces en afwegingen achteraf te toetsen bij opleiders.

Discussie

Dit onderzoek laat zien dat, in aanvulling op de basisbehoeften vanuit de zelf-determinatietheorie, het modelleren van klinische complexiteit door de opleidingsomgeving, waardoor deze aansluit op het ervaringsniveau van de AIOS, een belangrijke antecedent is voor motivatie. Doordat opleidingsomgeving en AIOS met elkaar verweven zijn, is het van belang dat verwachtingen en behoeften worden geëxpliciteerd om klinische situaties ondersteunend te laten zijn aan de ontwikkeling van AIOS.

Referenties

1 Deci EL, Ryan RM. Facilitating optimal motivation and psychological well-being across life's domains. *Canadian Psychology*. 2008;49(1):14-23.

2 Kusurkar R.A., Ten Cate T.J., van Asperen M., Croiset G. Motivation as an independent and a dependent variable in medical education: A review of the literature. *Med Teach*. 2011;33(5):e242-e262.

Trefwoord: Medical education: Postgraduate education, Research in medical education: Methodologies, Teaching & learning: Clinical context

Wijze van presentatie: Onderzoekspaper

Opleidingsmonitor met opleidingsjaargesprekken: een vernieuwd meetinstrument voor de opleidingskwaliteit in de medische vervolgopleidingen

Peters PW, Leede BAJ de
LUMC

Context/probleemstelling of aanleiding

In 2017 is in de OOR Leiden een nieuw meetinstrument voor de opleidingskwaliteit in de medische vervolgopleidingen ontwikkeld en geïmplementeerd. Voorheen werd bij de opleidingsgroepen met meer dan vier aios gebruik gemaakt van de D-RECT, maar de laatste jaren bleek dat de scores niet veel wijzigden en van zowel aios als opleiders kwamen geluiden dat de scores hen niet veel zeiden. Het gesprek dat zij naar aanleiding van de meting met elkaar voerden, vonden zij des te belangrijker. Deze input leidde tot de ontwikkeling van een nieuw meetinstrument en een nieuwe manier van terugkoppelen.

Beschrijving van de interventie/innovatie

In het nieuwe meetinstrument, de Opleidingsmonitor, worden 16 vragen gesteld waarop geantwoord kan worden aan de hand van een vijfpuntsschaal. Deze vragen gaan over de inhoud van de opleiding, het opleidingsklimaat en de organisatie van de opleiding. Als laatste wordt de aios gevraagd hun opleiding een cijfer te geven van 1 tot 10. Een belangrijke innovatie is het toevoegen van open vragen: bij iedere vragencategorie wordt de aios gevraagd aan te geven wat er op dit gebied goed geregeld is en wat verbeterkansen zijn. In de rapportages worden de scores van de betreffende vakgroep vergeleken met de totaalscores van het ziekenhuis én met de totaalscores van dezelfde opleiding in de gehele regio. Op basis van de rapportage voert een onderwijskundige een gesprek met de aiosgroep van de betreffende opleiding. In dit gesprek worden de scores geduid en wordt doorgevraagd op de open opmerkingen. Aan de hand hiervan volgt een gesprek met de opleider waarna de opleider en aiosgroep samen een verbeterplan opstellen.

Ervaringen/analyse van de implementatie

Opleiders en aios zijn positief over de Opleidingsmonitor. De vragen zijn concreter en de informatierijkheid van de open vragen geeft meer aanleiding tot dialoog. De koppeling van de Opleidingsmonitor met een Opleidingsjaargesprek wordt als zeer positief ervaren: de opleiders geven aan door de combinatie van de meting en het gesprek meer bruikbare input te hebben voor de PDCA-cyclus dan voorheen.

Lessons learned (implicaties voor de praktijk)

De Opleidingsmonitor stimuleert en verdiept het gesprek over de opleidingskwaliteit. De OOR Leiden zal dit instrument blijven evalueren en door ontwikkelen.

Trefwoord: Curriculum: Evaluation of curriculum, Medical education: All

Wijze van presentatie: Praktijkpaper

Validatie van de Groepsmonitor, een multisource feedbackinstrument voor de professional performance van medisch specialistische vakgroepen - verschillende respondentgroepen, verschillende percepties

Bindels E., Scherpbier A¹, Heeneman S¹, Lombarts K²

¹Universiteit Maastricht, ²Amsterdam UMC, loc. AMC

Context/probleemstelling of aanleiding

Om de professional performance van medisch specialistische vakgroepen in ziekenhuissettingen te kunnen bevorderen en ondersteunen, is een valide meting van deze groepsperformance van groot belang. In de context van ziekenhuisbrede kwaliteitszorg heeft het gebruik van de Groepsmonitor ingang gevonden. Dit multisource-feedbackinstrument is ontworpen om de professional performance van medisch specialistische vakgroepen te evalueren, zoals gepercipieerd door (1) vakgroepleden zelf, (2) ondersteunend personeel, (3) collega-specialisten en (4) managers. De Groepsmonitor is een webgebaseerde vragenlijst met 36 gesloten items (5-punt Likertschaal), zes commentaarsecties en één global item (1-10 schaal). Op basis van een recent theoretisch perspectief op 'rater cognition' wordt aangenomen dat er sprake is van variatie in perceptie tussen verschillende respondentgroepen. Om deze reden wordt in deze studie voor elk van de vier respondentgroepen apart de validiteit, betrouwbaarheid en generaliseerbaarheid van de Groepsmonitor onderzocht.

Beschrijving van de interventie/innovatie

De groepsperformance van 57 vakgroepen (in totaal 254 medisch specialisten) van 11 niet-academische opleidingsziekenhuizen werd geëvalueerd door 254 vakgroepleden, 407 leden ondersteunend personeel, 621 collega-specialisten en 282 managers. Voor elk van deze respondentgroepen werden de psychometrische eigenschappen van de Groepsmonitor onderzocht met behulp van exploratieve factoranalyses, item-totaalcorrelaties, inter-schaalcorrelaties, Cronbach's α en generaliseerbaarheidsanalyses.

Ervaringen/analyse van de implementatie

Alle respondentgroepen hadden 4 gemeenschappelijke factoren: "Medische praktijkvoering", "Betrokkenheid bij de organisatie", "Professionaliteit" en "Coördinatie". De respondentgroepen 'vakgroepleden' en 'ondersteunend personeel' hadden daarnaast een extra factor, "Communicatie". Analyse van de itemclustering per respondentgroep wees uit dat er verschillen waren in itemclustering over de respondentgroepen, met een overlap van 0-7 items tussen de 'leden van de vakgroep' en de andere respondentgroepen en een overlap van 1-10 items tussen de groepen 'ondersteunend personeel', 'collega-specialisten' en 'managers'. In elke respondentgroep was de interne consistentie hoog voor alle geïdentificeerde factoren (Cronbach's $\alpha \geq .76$, item-totaalcorrelaties $\geq .51$ en inter-schaalcorrelaties $\geq .60$). Voor betrouwbare totaalscores waren 2 evaluaties van de vakgroepleden, 3 evaluaties van ondersteunend personeel, 4 evaluaties van collega-specialisten en 4 evaluaties van managers nodig.

Lessons learned (implicaties voor de praktijk)

Met behulp van de Groepsmonitor kan de groepsperformance van medisch specialistische vakgroepen op een valide en betrouwbare manier worden geëvalueerd. Bij het interpreteren van feedback is het echter belangrijk dat vakgroepen zich ervan bewust zijn dat de percepties van de groepsperformance per respondentgroep verschillen, zoals blijkt uit de verschillen in itemclustering tussen de respondentgroepen. Deze verschillen kunnen een uiting zijn van legitieme, op ervaring gebaseerde interpretaties van de groepsperformance.

Referenties

- 1 Gingerich A, Kogan J, Yeates P, Govaerts M, Holmboe E. Seeing the 'black box' differently: assessor cognition from three research perspectives. Med Educ. 2014;48(11):1055-1068.
- 2 Surowiecki J. The wisdom of crowds: Why the many are smarter than the few and how collective wisdom shapes business, economies, societies and nations. New York: Doubleday, 2004.

Trefwoord: Assessment: 360o assessment, Assessment: Feedback, Assessment: Psychometrics,

Wijze van presentatie: Praktijkpaper

Wanneer wil de AIOS en student revalidatiegeneeskunde eigenlijk supervisie hebben?

Rommers GM¹, Tepper M²

¹MUMC+, ²UMC Groningen

Context/probleemstelling of aanleiding

Supervisie van intercollegiale consulten (ICC) in de kliniek van een ziekenhuis is een vast onderdeel van de opleiding tot revalidatiearts. De AIOS revalidatiegeneeskunde worden geconfronteerd met een breed scala aan diagnoses en medische en sociale problematiek. Wanneer de AIOS of student nu supervisie van de stafleden wil hebben is niet altijd duidelijk.

Beschrijving van de interventie/innovatie

In 2015-2016 werden in 2 UMCs alle ICC consulten welke door AIOS en studenten waren verricht verzameld. Het consult; het trainingsjaar en de reden voor het vragen om supervisie werden vastgelegd.

Ervaringen/analyse van de implementatie

7014 ICC werden uitgevoerd bij 3597 patiënten. De top 6 diagnoses: CVA, NAH, Orgaanfalen, multitrauma, voet en beenamputatie en dwarslaesies. 16% van alle consulten werd op verzoek gesuperviseerd aan bed. Van de medisch studenten werd 68% gesuperviseerd op verzoek. Van de AIOS werden door de 3e en 4e (laatste) jaar AIOS de meeste supervisie gevraagd. Alle consulten worden door AIOS en staf in het ochtendrapport besproken. De meeste supervisie op verzoek wordt gevraagd bij complexe casus zoals multitrauma, amputaties, en dwarslaesies. Andere redenen voor supervisie waren: meer onderwijstijd; complexe sociale structuur casus en veeleisende zaalartsen / stafleden van andere specialismen.

Lessons learned (implicaties voor de praktijk)

Het verzamelen van de onderzoeksgegevens kost extra tijd maar is voor het AIOS opleidingsportfolio waardevol. Studenten ervaren grotere mate van zelfstandigheid en stafleden worden actief betrokken bij het leerproces van de AIOS en de studenten. Naast medische problematiek wordt duidelijk dat een ICC revalidatiegeneeskunde meer omvat zoals sociale context van de casus en interactie met andere specialismen.

Trefwoord: Assessment: Clinical assessment, Curriculum: Education environment, Medical education: Postgraduate education

Wijze van presentatie: Praktijkpaper

Diversiteit onder geneeskundestudenten: vrouwen te veel?

Bruggeman J, Bontje W, Abdelmouman A, Meulen A van der, Zandvoort L van
De Geneeskundestudent

Thema

Onder geneeskundestudenten zijn verschillende minderheidsgroepen geïdentificeerd, waarvan mannen er één is. Omdat een diverse artsenpopulatie beter in staat is om te voldoen aan de zorgvraag van een diverse patiëntenpopulatie is het van belang dat er niet te veel demografische verschillen ontstaan tussen artsen en patiënten. Hoewel het instellen van quota een manier is om diversiteit te waarborgen, kan zich dit vertalen in een voorkeursbehandeling voor mannen. Er melden zich immers ook meer vrouwen dan mannen aan. 'Vrouwelijk geslacht' is bovendien benoemd als positieve voorspeller voor prestatie in de opleiding. Kortom, de controverse rondom dit onderwerp is evident. Daarbij komt dat dit een onderwerp is waar zowel studenten, opleiders en onderzoekers dagelijks de effecten van zien. Binnen deze workshop over diversiteit onder geneeskundestudenten zal de nadruk liggen op de discussie over de feminisering van geneeskunde. Om voldoende diepgang te bereiken zal de discussie zich beperken tot de man/vrouw-verhouding in de opleiding. We verwachten dat de discussie symbool staat voor andere diversiteitskenmerken, zoals migratieachtergrond.

Doel

Deelnemers gaan aan de hand van prikkelende stellingen in discussie over de man/vrouw-verdeling onder toekomstige artsen en de gevolgen hiervan. Vervolgens komen de deelnemers door middel van een brainstorm tot mogelijke oplossingen.

Doelgroep

- Personen betrokken bij de selectie van studenten
- Docenten en coordinatoren binnen het curriculum (zowel bachelor als master)
- Beleidsmakers
- Geneeskundestudenten

Opzet: activiteiten en opbrengst

Introductie (10 min): Informatie over de opzet van de workshop en een korte presentatie/introductie over diversiteit onder geneeskundestudenten.

Plenaire discussie (35 min): De discussie vindt plaats aan de hand van prikkelende stellingen, en het identificeren van eventuele problemen. Deze stellingen zullen gebaseerd zijn op de resultaten van een landelijk onderzoek onder diversiteit en inclusie onder geneeskundestudent. De genoemde problemen zullen opgeschreven worden. De stellingen zijn:

- Het is moeilijker voor vrouwen om zich van de rest te onderscheiden.
- Het is niet erg dat er meer vrouwelijke geneeskundestudenten zijn dan mannen.
- Er moet een quotum komen in instroom tot de studie geneeskunde.

Brainstorm (15 min): Brainstorm over mogelijke oplossingen voor de benoemde problemen. Dit zal plaatsvinden in groepen van maximaal 6 deelnemers. Tijdens dit onderdeel is het de bedoeling dat op de volgende vragen een antwoord geformuleerd wordt: (1) Waarom is het een probleem? (2) Hoe kan het probleem worden opgelost? (3) Wie draagt de verantwoordelijkheid voor de oplossing?

Aanbevelingen (10 min): Per groep zal 1 deelnemer in 1 minuut aangeven wat de belangrijkste aanbevelingen zijn vanuit de groep. Na afloop van de 5 presentaties is er ruimte voor een paar vragen.

Afsluiting (5 min)

Max aantal deelnemers: max 24-30

Trefwoord: Students/Trainees: Gender, Education management: Selection of students/trainees, Research in medical education: Ethics

Wijze van presentatie: Rondetafelsessie

'Multiple choice'; wanneer kiezen studenten geneeskunde voor welk specialisme?

Reefman K, Streep-Kooiman MAR, Klumpers UMH, Daelmans HEM
Amsterdam UMC, loc. VUmc

Context/probleemstelling of aanleiding

Het is belangrijk om inzicht te krijgen in het keuzeproces voor vervolgcarières van geneeskundestudenten. Zo kan de timing van aandacht voor beroepskeuze geoptimaliseerd worden en kan informatie over specialismen waar tekorten aan artsen zijn op het juiste moment geïntroduceerd worden. Daarom wilden we weten (1) wanneer studenten geneeskunde besluiten voor welke vervolgopleiding te kiezen; en (2) of er verschillen zijn tussen de momenten van keuze voor de verschillende vervolgopleidingen.

Beschrijving van de interventie/innovatie

Aan 541 studenten die allen hun coschappen in dezelfde vaste volgorde doorliepen en hun semi-artsstage hadden afgerond in de periode van april 2016 t/m januari 2018 werd gevraagd een vragenlijst in te vullen t.a.v. hun beroepskeuze. Er werd gevraagd of studenten reeds hun keuze hadden gemaakt, en zo ja, welke carrière zij ambieerden en op welk moment zij deze keuze hadden gemaakt. De uitkomsten werden kwantitatief geanalyseerd.

Ervaringen/analyse van de implementatie

400 vragenlijsten werden ingevuld (responspercentage 74%). De meerderheid van de studenten, 55%, gaf aan reeds een keuze voor een vervolgcarière te hebben gemaakt. 91% koos een door de KNMG erkend specialisme/profiel; deze werden geïncludeerd voor verdere analyse.

37% twijfelde tussen 2 of 3 specialismen en 8% had nog geen keuze bepaald, deze beide groepen werden geëxcludeerd voor verdere analyse.

In de meeste gevallen maakten studenten de keuze in het derde masterjaar (39%).

Er lijken verschillen te bestaan tussen de specialismen m.b.t. het keuzemoment; studenten die bijvoorbeeld kiezen voor dermatologie en neurologie (N=13), doen dit veelal pas in het derde jaar, resp. 71% en 67%, terwijl de keuze voor keel-neus-oorheelkunde en orthopedie (N=16) vaker in het eerste masterjaar wordt gemaakt, resp. 57% en 44%.

Bij kindergeneeskunde (N=17) maken studenten relatief vaak reeds voorafgaand aan de geneeskundeopleiding hun keuze, 35%; bij andere specialismen komt dit (m.u.v. mondziekten, kaak en aangezichtschirurgie) zelden voor.

Er werd zelden gekozen voor beroepen waar tekorten aan artsen in bestaan, zoals disciplines binnen de sociale geneeskunde.

Lessons learned (implicaties voor de praktijk)

Aangezien de keuze voor een specialisme niet geregeld samenvalt met de plaats van het coschap in het curriculum, lijkt timing van het coschap geen invloed op het keuzeproces te hebben.

Hoewel er een wens is om specialismen waar tekorten aan artsen zijn tijdens de opleiding te promoten, lijken studenten de keuze voor deze disciplines niet tijdens de masteropleiding te maken.

Dit onderzoek geeft inzicht in het percentage studenten dat aan het einde van de geneeskundeopleiding een carrièrekeuze heeft gemaakt en op welk moment deze keuze gemaakt is. Aanvullend kwalitatief onderzoek kan in de toekomst meer inzicht geven in het keuzeproces.

Trefwoord: Students/Trainees: Career choice, Medical education: CPD, Curriculum: Planning

Wijze van presentatie: Poster

B19.2 / Lounge 2

Zelfperceptie van kennisniveau van gerodontologische onderwerpen bij studenten tandheelkunde en mondzorgkunde in nijmegenese interprofessionele masterklinieken

Leunissen RRM, Sampers NMT, Gerritsen AE, Creugers NHG
Radboudumc

Context/probleemstelling of aanleiding

De vergrijzing van de Nederlandse samenleving heeft haar invloed op de mondzorg. In de interprofessionele Masterklinieken Tandheelkunde studeren 4^e-, 5^e-, 6^e-jaars-studenten tandheelkunde van de Radboud Universiteit en 3^e- en 4^e-jaars-studenten mondzorgkunde van de Hogeschool Arnhem Nijmegen naast elkaar. Samen verzorgen zij in teams van circa 16 studenten de zorg voor telkens circa 500 patiënten.

In het nieuwe curriculum tandheelkunde wordt meer aandacht gegeven aan de gerodontologie onder andere in vorm van een nieuw onderwijsblok ouderentandheelkunde.

Om effecten van de curriculumveranderingen te monitoren, voerden wij een onderzoek uit naar de zelfperceptie ten aanzien van hun kennisniveau op het gebied van de ouderentandheelkunde onder alle studenten tandheelkunde en mondzorgkunde in de Masterklinieken.

Beschrijving van de interventie/innovatie

Een lijst met 14 relevante gerodontologische onderwerpen werd door docenten ouderentandheelkunde, gebruikmakend van literatuur[1] opgesteld. De zelfperceptie van studenten ten aanzien van hun kennisniveau op deze onderwerpen werd middels een schriftelijke anonieme enquête onderzocht met een 5-punts-Likert-schaal.

Ervaringen/analyse van de implementatie

Van de in totaal 313 studenten ontvingen wij 251 (80%) correct ingevulde formulieren retour (4^e-jaars-tandheelkunde N=65, 5^e-jaars-tandheelkunde N=56, 6^e-jaars-tandheelkunde N=56, 3^e-jaars-mondzorgkunde N=52, 4^e-jaars-mondzorgkunde N=22).

Om de interne consistentie te bepalen, werd per onderwerp de Cronbach Alpha berekend. Deze varieerden tussen 0,72 en 0,85. Op basis hiervan werd besloten de verdere analyse uit te voeren met één totaalscore per student (de scores op de onderwerpen werden per student bij elkaar opgeteld). Het zelfvertrouwen als totaalscore was bij 6^e-jaars-tandheelkundestudenten (gem. 46, SD=6) significant hoger dan bij 5^e-jaars-tandheelkundestudenten (gem. 42, SD=5). Op hun beurt was het zelfvertrouwen bij 5^e-jaars-tandheelkundestudenten significant hoger dan bij 4^e-jaars-tandheelkundestudenten (gem. 38, SD=6). Bij de mondzorgkunde-studenten zagen we een significant hoger zelfvertrouwen bij 4^e-jaars-mondzorgkunde-studenten (gem. 46, SD=7) in vergelijking met 3^e-jaars-mondzorgkunde-studenten (gem. 39, SD=6).

Per onderwerp waren de verschillen in gerapporteerd zelfvertrouwen wisselend. Toch leverde de vragenlijst een gelijke bottom-4-lijst op van onderwerpen waarin tandheelkunde-studenten en mondzorgkunde-studenten het minst zelfvertrouwen hadden:

Pijn in de mond en temporomandibulaire dysfunctie (TMD)

Dysfagie en aspiratiepneumonie

Palliatieve zorg

Mondzorg en etno-culturele verschillen

Lessons learned (implicaties voor de praktijk)

De resultaten stemmen enigszins tot tevredenheid als we zien dat studenten van beide opleidingen groeien in hun zelfvertrouwen. De bottom-4 van onderwerpen waarin studenten aangeven het minst vertrouwen te hebben in hun zelfkennis, biedt mogelijkheden om hier in het onderwijs meer of anders aandacht aan te besteden.

In vervolgonderzoek zal nagegaan worden of de wijzigingen in het onderwijs ook veranderingen laten zien in het gerapporteerde zelfvertrouwen in eigen kennis bij studenten tandheelkunde en mondzorgkunde.

Trefwoord: Curriculum: Evaluation of curriculum, Curriculum: Inter-professional, Medical education: Undergraduate education

Wijze van presentatie: Poster

Fast GA, Vugt SJH van
UMC Utrecht

Context/probleemstelling of aanleiding

In september 2018 starten de masterprogramma's Biomedical Sciences van het UMC Utrecht, een pilot met nieuwe digitale evaluatieformulieren. Problemen die spelen rond de conventionele evaluatieformulieren zijn evaluatiemoeheid onder studenten, te lange vragenlijsten, een (te) grote focus op (docent)beoordeling en een enorme database met weinig bruikbare informatie. We hebben gezocht naar een nieuwe vorm van evalueren. Het doel is zinvolle feedback te genereren om onderwijs te verbeteren en actie te kunnen ondernemen naar aanleiding van 'rode vlaggen'.

Beschrijving van de interventie/innovatie

Het uitgangspunt voor de herziening was effectiever en efficiënter te evalueren. Inkorten van de vragenlijst had hoge prioriteit. De visie van Thalheimer (2016) was leidend in het vormgeven van de nieuwe evaluatieformulieren. Belangrijke inzichten zijn: 1) dat evaluatieformulieren geen informatie geven over onderwijsactiviteit; 2) lerenden hun leeropbrengst niet accuraat beoordelen; en 3) evaluatieresultaten dienen te leiden tot onderwijsverbeteringen.

Ervaringen/analyse van de implementatie

Door vanuit de theorie kritisch te kijken naar de conventionele evaluatieformulieren kon al een grote verbeterslag gemaakt worden. Veel items zijn aangepast of uit de vragenlijst verwijderd:
items over het behalen van leerdoelen (*ik heb geleerd om kritisch te reflecteren*)
items die suggestief of te vaag geformuleerd zijn (*ik had voldoende tijd om een onderzoeksvoorstel te schrijven*)
items die irrelevant zijn (*de catering was goed*)
5-punt likert-scale vragen (*uitgeschreven antwoordcategorieën*)
de 10-punt likert-scale vraag (*ik geef deze cursus het rapportcijfer...*)
De evaluatieformulieren zijn aangevuld met open vragen waar studenten hun antwoorden kunnen toelichten.

De volgende stap is om voorafgaand aan de evaluaties te bepalen welke uitkomsten wel en niet acceptabel zijn, anders dan dit achteraf te interpreteren. We verwachten met de herziene evaluatieformulieren een helder overzicht te krijgen van items die zeer goed of niet goed gewaardeerd worden, voorzien van argumentatie. Met deze verbeterpunten kunnen docenten, coördinatoren, opleidingscommissies en andere betrokkenen direct aan de slag. De pilot moet uitwijzen of deze verwachtingen bevestigd worden.

Lessons learned (implicaties voor de praktijk)

Evaluatieformulieren worden in veel onderwijssituaties te pas en te onpas ingezet. Door niet de juiste vragen te stellen blijven verbeterpunten onzichtbaar en kunnen verkeerde interpretaties plaatsvinden. Wij dagen iedereen uit met een frisse blik te kijken naar evaluatieformulieren: Wat wil ik eigenlijk weten en met welke informatie kan ik mijn onderwijs daadwerkelijk verbeteren?

Referenties

1 Thalheimer, W. (2016). *Performance-focused smile sheets: A radical rethinking of a dangerous art form*. Hillcrest Publishing Group.

Trefwoord: Education management: Quality Assurance, Curriculum: Evaluation of curriculum

Wijze van presentatie: Poster

Meten van de kwaliteit van de coschappen: Verschillen tussen medische faculteiten in Nederland

Nijholt IM¹, Heldeweg MLA², Schönrock-Adema J³, Brand PLP¹

¹Isala klinieken, ²LOCA, ³UMC Groningen

Context/probleemstelling of aanleiding

De coschappen vormen een cruciaal onderdeel van de geneeskunde-opleiding. Daarom is het belangrijk om de kwaliteit ervan zo goed mogelijk te bewaken en waar mogelijk te verbeteren. Wij vroegen ons af hoe de kwaliteitsbewaking van de coschappen in de verschillende faculteiten in Nederland is vormgegeven.

Beschrijving van de interventie/innovatie

We vroegen alle acht medische faculteiten en de faculteit diergeneeskunde in Utrecht om hun procedure voor de kwaliteitsbewaking van de coschappen met ons te delen. Uiteindelijk hebben alle faculteiten gehoor gegeven aan onze oproep. Tegelijkertijd inventariseerde het Landelijk Overleg CoAssistenten (LOCA) de mening van haar co-vertegenwoordigers uit de diverse opleidingsregio's over de huidige vorm van de coschap-evaluatie, hoe deze er idealiter uit zou moeten zien en over de kwaliteitscyclus waarin de coschap-evaluatie is ingebed.

Ervaringen/analyse van de implementatie

Uit onze inventarisatie bleek dat elke faculteit de kwaliteit van haar coschappen cyclisch meet, voornamelijk aan de hand van digitale vragenlijsten die op facultatieve basis door de coassistenten dient te worden ingevuld. Resultaten worden anoniem teruggekoppeld naar alle betrokkenen maar de wijze waarop dit gebeurt verschilt per faculteit.

De gebruikte vragenlijsten zijn meestal opgesteld in nauwe afstemming met alle betrokkenen om een goede indrukvaliditeit ("face validity") te bereiken. Geen van de gebruikte vragenlijsten is echter formeel psychometrisch onderzocht of gevalideerd. Het responspercentage ligt op gemiddeld 65% (variërend van 30 tot 80%) en neemt af in de loop van de masterjaren.

Omdat de masterfase en de kwaliteitszorg van de coschappen voortdurend doorontwikkeld worden, vinden er ook met enige regelmaat aanpassingen aan de vragenlijsten plaats.

Analyse van de gebruikte vragenlijsten toont veel overeenstemming in de onderwerpen die aan bod komen. Toch worden deze punten op alle faculteiten op verschillende wijze, met verschillende (aantallen) vragen en verschillende schalen, uitgevraagd.

Lessons learned (implicaties voor de praktijk)

Hoewel alle faculteiten een gestructureerde vorm van kwaliteitsbewaking van de coschappen toepassen gebruikt iedere faculteit hiervoor haar eigen methodiek, zowel voor het proces als voor de meetmethoden.

In het proces van de kwaliteitscyclus hebben de meeste coassistenten onvoldoende inzicht in de resultaten van de evaluatie, en hebben ze (daardoor?) ook niet het gevoel dat de evaluatie resulteert in verbeteracties. Het is naar onze mening wenselijk dat er (landelijke) afspraken worden gemaakt over de terugkoppeling van de resultaten van de coschapevaluaties met betrokkenen.

Ook is er behoefte aan meer eenduidigheid in de gebruikte vragenlijsten. Wij pleiten daarom voor de landelijke ontwikkeling van een beknopte gevalideerde standaard basisset van vragen voor de evaluatie van elk coschap, waar per coschap en faculteit desgewenst nog enkele extra vragen aan toegevoegd kunnen worden.

Referenties

1 Met dank aan alle faculteiten medische wetenschappen in Nederland en de faculteit Diergeneeskunde voor hun bereidheid om hun kwaliteitsprocedure te delen.

Trefwoord: Curriculum: Evaluation of curriculum, Education management: Quality Assurance, Medical education: Postgraduate education

Wijze van presentatie: Poster

Feedback tijdens je eerste coschap: wensen van studenten

Reuchlin CAE, Kok M, Wijngaarden JJ van, Grosfeld FJM
UMC Utrecht

Context/probleemstelling of aanleiding

Tijdens het eerste coschap in Bachelor jaar 3 krijgen studenten verplichte praktijk beoordelingen van feedback op hun communicatieve vaardigheden.

Hoe leren coassistenten hun communicatieve vaardigheden op de klinische werkvloer en welke aspecten van feedback zijn daarbij van invloed?

We zijn benieuwd naar het studentenperspectief; welke feedback in de kliniek studenten zelf belangrijk vinden en van wie ze de feedback zouden willen krijgen, of ze er zelf om vragen en of er sprake is van een gender verschil.

Beschrijving van de interventie/innovatie

Een kwalitatief explorerend onderzoek, waarbij studenten na hun coschap schriftelijk de volgende vragen hebben ingevuld.

Welke feedback over je communicatie tijdens je coschap zou je willen ontvangen?

Van wie wil je graag feedback over je communicatie tijdens je coschap ontvangen?

In hoeverre heb je zelf feedback over je communicatie tijdens je coschap gevraagd?

In de periode februari t/m juni 2017 hebben studenten Geneeskunde Ba3 (n = 118) een vragenlijst ingevuld aan het eind van de module Reflectie.

Van de studenten is 71% vrouw en 29% man.

Ervaringen/analyse van de implementatie

Studenten vinden het belangrijk dat ze feedback krijgen over de inhoud van hun anamnese, over gesprekstechnieken en over hoe ze omgaan met patiënten en emoties van patiënten. Daarnaast geven ze aan dat ze graag kwalitatieve feedback in hun persoonlijk functioneren ontvangen van een professional die hen langer heeft begeleid. Mannelijke studenten (n = 34) willen graag in rangorde van een **specialist**, zaalarts en arts-assistent feedback ontvangen.

Vrouwelijke studenten (n = 84) geven aan graag feedback te ontvangen eerst van de arts-assistent, dan zaalarts en vervolgens **patiënt**. Verder valt bij vrouwelijke studenten op dat ze aangeven het liefst feedback te willen ontvangen van mensen die hen veel in de praktijk hebben gezien.

Studenten vragen voornamelijk feedback tijdens de verplichte beoordelingen (Klinische Praktijk Beoordelingen). Ze geven aan dat ze vaak om feedback vragen maar dat de artsen vaak (te) druk zijn om mee te kijken met gesprekken en feedback te geven.

Lessons learned (implicaties voor de praktijk)

Wat we studenten gunnen voor de praktijk gebeurt vaak niet in werkelijkheid. De combinatie van verantwoordelijkheid voor patiëntenzorg en een leerzame opleiding is voor een arts in de praktijk niet altijd eenvoudig. Waar komt dit precies door en wat kunnen we studenten meegeven om hier mee om te gaan? Welke mogelijkheden hebben we om invloed uit te oefenen op de praktijk van de kliniek?

Referenties

1 Exploring the transition of undergraduate medical student into a clinical clerkship using organizational socialization theory, Atherley et al (2016); 5; 78-87

2 What do students want? The types of learning activities preferred by final year medical students Bloomfield L, Harris P en Hughes C. (2003), Medical Education; 37; 110-118

Trefwoord: Learning outcomes: Communication skills, Teaching & learning: Clinical context, Students/Trainees: General

Wijze van presentatie: Poster

Bossema ER, Peters JWB
Hogeschool van Arnhem en Nijmegen

Context/probleemstelling of aanleiding

Van zowel medisch als verpleegkundig specialisten wordt verwacht dat zij 'evidence based' te werk gaan. De kennis, vaardigheden en attitude die hiervoor nodig zijn worden tijdens de opleiding ontwikkeld. Bij de masteropleiding tot verpleegkundig specialist in Nijmegen wordt in het eerste semester de module 'Evidence based practice' (EBP) aangeboden, waardoor deze ontwikkeling direct kan starten en tijdens de verdere opleiding kan doorgaan. Het doel van dit onderzoek is om na te gaan of dit ook gebeurt.

Beschrijving van de interventie/innovatie

Sinds september 2017 wordt studenten van de tweejarige duale masteropleiding tot verpleegkundig specialist (NLQF-niveau 7) op vier momenten gevraagd naar het 'evidence based' denken en werken, middels de door ons in het Nederlands vertaalde EBP Beliefs Scale en Implementation Scale (Melnik & Fineout-Overholt, 2003). De Beliefs Scale heeft 16 items (bijvoorbeeld 'Ik meen dat EBP resulteert in de beste klinische zorg voor patiënten') en een antwoordschaal van 'Sterk oneens' (score 1) tot 'Sterk eens' (score 5); het theoretische scorebereik loopt van 16 tot 80. De Implementation Scale heeft 18 items (bijvoorbeeld 'Hoe vaak in de afgelopen 8 weken heeft u ... Evidence uit een wetenschappelijke studie kritisch beoordeeld') en een antwoordschaal van '0 keer' (score 0) tot '8 keer of meer' (score 4); het theoretische scorebereik loopt van 0 tot 72. De vier momenten zijn: het begin en einde van de module EBP in het eerste studiejaar en het begin en einde van het tweede studiejaar. De data zijn geanalyseerd middels Wilcoxon signed ranks tests en Mann-Whitney tests.

Ervaringen/analyse van de implementatie

Studenten die in september 2017 met de opleiding zijn begonnen ($N=61$) hadden aan het einde van de module EBP iets hogere scores dan aan het begin de module EBP op zowel de Beliefs Scale (mediaan 59.0 versus 52.0, $p<0.001$) als de Implementation Scale (mediaan 17.0 versus 7.0, $p<0.001$). Studenten die in september 2016 met de opleiding zijn begonnen ($N=48$) verschilden aan het begin van hun tweede studiejaar (toen met het onderzoek werk gestart) niet significant van de studenten van het latere cohort aan het einde van de module EBP op de Beliefs Scale (mediaan 58 versus 59, $p=0.86$) en de Implementation Scale (mediaan 19 versus 17, $p=0.30$).

Lessons learned (implicaties voor de praktijk)

Verpleegkundigen in opleiding tot specialist ontwikkelen al aan het begin van de opleiding (wanneer de Leereenheid EBP wordt aangeboden) een EBP denken en werken, maar deze ontwikkeling gaat daarna nauwelijks door. Onderzoek met méér studenten gedurende de vier meetmomenten is nodig om de betrouwbaarheid van deze resultaten na te gaan en vervolgens de redenen van dit wat teleurstellende beloop in het EBP denken en werken om dit te kunnen verbeteren.

Referenties

1 Melnik, B., & Fineout-Overholt, E. (2003). *Evidence-Based Practice Beliefs Scale*. Rochester, NY: ARCC Publishing.

Trefwoord: Curriculum: Evaluation of curriculum, Learning outcomes: Reflection / Critical thinking / decision-making / clinical reasoning, Assessment: Self-assessment

Wijze van presentatie: Poster

Pieterse AD, Bogomolova K, Jong PGM de, Hierck BP, Reinders MEJ
LUMC

Thema

Virtual reality (VR) en augmented reality (AR) zijn beiden innovatieve digitale technieken die momenteel in het medisch onderwijs geïntroduceerd worden. De technieken bieden mogelijkheden voor unieke leerervaringen. Door gebruik van VR kunnen studenten bijvoorbeeld ondergedompeld worden in authentieke (klinische) situaties die in de echte wereld moeilijk toegankelijk zijn of niet frequent voorkomen. Middels AR kan de werkelijkheid verrijkt worden met 3D-hologrammen en geluid. Beide technieken stimuleren actief en contextueel leren binnen een veilige leeromgeving, waarbij het leermateriaal zo vaak als nodig bekeken of gebruikt kan worden.

Het introduceren van deze technieken roept ook veel vragen op. Met welke theoretische achtergrond op gebied van leertheorieën moet er rekening gehouden worden? Hoe kunnen de technieken optimaal worden ingezet? Helpt het studenten beter voor te bereiden op de 'echte wereld'?

Deze workshop is gericht op het kennismaken met VR en AR, en de mogelijke inzet in het medisch onderwijs.

Doel

De workshop is bedoeld om geïnteresseerden meer inzicht te geven in de technieken van VR en AR, in de praktijk ermee kennis te maken en na te denken over het toepassen in medisch onderwijs. Er wordt ingegaan op de verschillen tussen de technieken, de mogelijke voordelen specifiek voor het medisch onderwijs, maar ook potentiële valkuilen.

Naast informeren over en demonstreren van bestaande applicaties worden de deelnemers uitgedaagd om een eigen idee voor een toekomstige VR- of AR-applicatie uit te werken.

Doelgroep

- Iedereen die betrokken is bij (de ontwikkeling van) medisch onderwijs en een interesse heeft in VR- en AR-applicaties.
- Curriculumontwikkelaars.

Opzet: activiteiten en opbrengst

De sessie start met een interactieve quiz om te peilen wat de voorkennis van de groep is en ervoor te zorgen dat iedereen voldoende kennis heeft van virtual reality (VR) en augmented reality (AR). Vervolgens illustreren we een aantal toepassingen van beide technieken om inzicht te geven hoe VR en AR ingezet kunnen worden bij het medisch onderwijs, en met welke valkuilen rekening gehouden moet worden. Hierna gaan de deelnemers in kleine groepen brainstormen over hoe VR en/of AR ingezet kan worden in hun eigen onderwijs. Per groepje wordt één idee verder uitgewerkt aan de hand van een stappenplan, onder begeleiding van ervaringsdeskundigen. Deze projectideeën worden plenair besproken en in de groep bediscussieerd onder leiding van een moderator. Hierna is er mogelijkheid om een aantal bestaande VR en AR-applicaties voor medisch onderwijs zelf uit te proberen: o.a. 360 graden virtual reality video's van een niertransplantatie en rondleiding over een verpleegafdeling, en AR-applicaties op gebied van anatomie en klinische casuïstiek. De sessie wordt afgerond door de mogelijkheid om vragen te stellen of punten ter discussie te stellen.

Max aantal deelnemers: 20

Trefwoord: Medical education: Trends, Teaching & learning: Experiential learning, Teaching & learning: Virtual patients

Wijze van presentatie: Workshop

16.45-17.00 **WISSELPAUZE MET KOFFIE EN THEE**

17.00-18.15 **Blok C**

Krachten bundelen over de grens: training van internationale samenwerkingsvaardigheden

Beuken JA¹, Bergs J², Ulenaers D², Bouwmans MEJ¹

¹Universiteit Maastricht, ²Universiteit Hasselt

Thema

Het SafePAT project heeft als doel patiëntveiligheid in de Euregio Maas-Rijn te verbeteren door middel van gestandaardiseerde procedures, beleid, de inzet van innovatieve tools en het ontwikkelen van training. Gekaderd in het SafePAT project, staat in deze ronde tafel sessie internationale, interprofessionele en interculturele samenwerking centraal.

In het eerste deel ligt de nadruk op het uitdiepen van factoren die internationale samenwerking tussen professionals werkzaam in Vlaamse en Nederlandse zorginstellingen beïnvloeden. Welke redenen zijn er om samenwerking aan te moedigen dan wel te ontmoedigen? Herkennen professionals zich in de factoren die uit recent onderzoek van SafePAT naar voren zijn gekomen? Het eerste deel zal worden afgerond met een samenvatting van factoren die met behulp van een training positief te beïnvloeden zijn. In het tweede deel ligt de nadruk op het genereren van ideeën voor een gezamenlijke training ter optimalisatie van de patiëntveiligheid bij internationale samenwerking. Deelnemers worden verdeeld en krijgen per groep een thema toegewezen (factoren uit het eerste deel). De moderators dagen de deelnemers uit door drempels op te werpen die vanuit de praktijk benoemd worden, zoals weerstand in de klinische praktijk: hoe om te gaan met weerstand wanneer een groep professionals training nodig heeft maar management hier sceptisch tegenover staat? Welke oplossingen kunnen bedacht worden zodat een gezamenlijke training een realistisch eindproduct is? Aan het einde van deel twee zullen de gevonden oplossingen gezamenlijk besproken worden, waarbij enkele voorbeelden zullen worden toegelicht met ervaringen uit de praktijk.

Doel

Het doel van de sessie is het verder uitdiepen van factoren die de Vlaams-Nederlandse samenwerking beïnvloeden het genereren van ideeën voor de opzet van een gezamenlijke training voor samenwerkende zorginstellingen en internationale instellingen die van plan zijn te gaan samenwerken.

Doelgroep

Docenten, opleiders, onderwijskundigen, studenten, artsen, verpleegkundigen, artsen in opleiding, beleidsmedewerkers, onderzoekers

Opzet: activiteiten en opbrengst

1. Introductie-presentatie: publiek informeren over tot dusver verzamelde informatie en bekend maken met vraagstelling (5 min.)
2. Brainstormsessies in kleinere groepen: uitdiepen van factoren die de Vlaams-Nederlandse samenwerking tussen zorginstellingen en zorgprofessionals beïnvloeden (20 min.)
3. Gezamenlijke bespreking: resulterend in beknopt overzicht van relevante factoren (10 min.)
4. Brug naar training: publiek inleiden over trainingsideeën (5 min.)
5. Brainstormsessies in kleine groepen waarbij elke groep thema toegewezen krijgt: verkennen van mogelijkheden voor een gezamenlijke training (20 min.)
6. Gezamenlijke nabespreking van de gegenereerde ideeën (10 min.)

Referenties

1 Brand, H., Holleder, A., Wolf, U., & Brand, A. (2008). Cross-border health activities in the Euregios: Good practice for better health. Health policy, 86(2), 245-254.

2 Groene, O., Poletti, P., Vallejo, P., Cucic, C., Klazinga, N., & Sunol, R. (2009). Quality requirements for cross-border care in Europe: a qualitative study of patients', professionals' and healthcare financiers' views. BMJ Quality & Safety, 18(Suppl 1), i15-i21.

Max aantal deelnemers: 20

Trefwoord: Curriculum: Inter-professional, Education management: International/ transnational medical education, Learning outcomes: Communication skills

Wijze van presentatie: Rondetafelsessie

Zijlstra FA, Ko AK
MUMC+, Leiden Universiteit

Thema

Culturele diversiteit gaat een steeds belangrijkere rol spelen in onze samenleving. Verschillende culturele opvattingen over gezondheid en ziekte maken behandelprocessen vaak gecompliceerder. Vanwege de stijgende vluchtelingenstroom richting Europa kunnen we er eigenlijk niet meer omheen in de gezondheidszorg. De UNESCO heeft een aantal jaar geleden guidelines opgesteld hoe men culturele diversiteit het beste in het onderwijs kan implementeren, daar is echter in het medisch curriculum nog weinig plaats voor gemaakt.

Bij IFMSA krijgen studenten de kans om een maand stage te lopen in het buitenland. Het doel hiervan is meer bewustzijn te creëren omtrent culturele diversiteit door hier actief aan blootgesteld te worden.

Gedurende de voorbereidingsbijeenkomsten is "Intercultural Learning" een belangrijk thema.

Intercultural Learning is het proces van bewustwording en beter begrijpen van culturele diversiteit, met als doel het verhogen van internationale en cross-culturele tolerantie. Tegenwoordig ondervinden we deze problematiek ook in onze directe omgeving. Hierom zou deze kennis niet alleen vergaard moeten worden tijdens dit soort trainingen, maar als onderdeel van het Geneeskunde curriculum aangeboden moeten worden.

Doel

De rondetafelsessie heeft als doel het belang aan te kaarten van intercultural learning binnen het medisch curriculum en hoe dit het beste te kunnen implementeren.

Doelgroep

Deze sessie is gericht op huidige medisch professionals, medisch ethici en onderwijscoördinatoren, maar ook studenten in de medische sector en andere geïnteresseerden in culturele diversiteit en vluchtelingenzorg zijn van harte welkom.

Opzet

De rondetafelsessie zal beginnen met een korte introductie over de huidige stand van zaken rondom intercultural learning in Nederland en op internationaal niveau. Aansluitend zal er een korte discussie plaatsvinden waarbij het mogelijk is om ervaringen te delen en volgt er een mini-training 'Intercultural Learning' om het onderwerp beter te leren kennen. Na deze training zullen de verschillende onderdelen apart besproken worden en gekeken worden naar hoe we deze zouden kunnen optimaliseren. Als laatste zal er gekeken worden naar de implementatie van dit onderwerp in het curriculum. Daarbij zal er vooral aandacht gegeven worden aan de UNESCO guidelines en wat momenteel de obstakels zijn om deze te volgen.

Referenties

- 1 Jacob Ade-Ajayi et al (2006). *UNESCO Guidelines on Intercultural Education*. Uit: UNESCO Database
- 2 Robert W. Putsch III and Marlie Joyce. *Methodology in Cross-Cultural Care*. In: Clinical Methods: The History, Physical, and Laboratory Examinations (3rd edition), chapter 229.
- 3 Chris Rose (2003). *Intercultural Learning I*. Gepubliceerd in: TeachingEnglish | British Council | BBC
- 4 Patients' evaluation of quality of care in general practice: what are the cultural and linguistic barriers?. *Patient education and counseling*, 72(1), 155-62.

Max aantal deelnemers: 30

Trefwoord: Curriculum: Community-based, Learning outcomes: Communication skills, Learning outcomes: Professionalism / attitude / ethics

Wijze van presentatie: Rondetafelsessie

C3.1 / Abdijzaal

The Wild West Show of Evidence-Based Medicine

Draaisma E, Brand PLP

In het rugby is het gebruikelijk om na afloop van de wedstrijd liederen te zingen. Daarbij doet het gehele team van spelers, begeleiders en fans mee, en daarom staat deze vorm van samenhang bekend als community singing. Community singing binnen het rugby kent verschillende klassiekers, waarvan het aanstekelijke 'The Wild West Show' er één is. Voor de originele tekst, zie <https://www.erc69.nl/song/wild-west-show/>.

Samen zingen werkt verbroederend, maar wellicht is het ook een goed onderwijskundig medium. Wij denken dat zingen gebruikt kan worden om ingewikkelde concepten zoals evidence-based medicine beter te laten beklijven. Daarom hebben wij de tekst van The Wild West Show herschreven. In plaats van bijzondere dieren bezingen wij in elk couplet een onderwerp dat te maken heeft met EBM. En volgens het goede gebruik van community singing nodigen we het publiek uit om met ons mee te doen en de refreinen uit volle borst mee te zingen.

In augustus 2017 hebben we The Wild West Show gezongen op het AMEE-congres in Helsinki. De reacties die we na afloop ontvingen gaven aan dat het een succes was, en daarom zouden we het erg leuk vinden om dit voor een grotendeels nieuw publiek nog eens te doen tijdens het congres van de NVMO. De tekst is prikkelend en niet altijd even salonfähig, maar hilariteit is hiermee gegarandeerd, en tussen de bedrijven door proberen we het publiek ook nog echt iets te leren!

C3.2 / Abdijzaal

Doctor Jazz': wat medische professionals kunnen leren van jazz-musici

Ark AE van, Wijnen-Meijer M
UMC Utrecht

Jazz is een genre, ontstaan in New Orleans aan het eind van de negentiende eeuw. Een klassiek jazz-ensemble bestaat uit een ritmesectie (gewoonlijk drums, contrabas en piano) en een blazerssectie (tenor- en altsaxofoon, en trompet). Jazz is in muzikale zin opgebouwd uit een laag van repeterende ritmische en harmonische cycli, een zogenaamd 'chorus'. Het 'chorus' wordt gespeeld door de ritmesectie en kent een vaste lengte (ritme) en akkoordenschema (harmonie). Het is als het ware de fundering waarop de solisten (met name de blazerssectie) hun solo's kunnen bouwen. Het 'chorus' dient als uitgangspunt voor de solo, omdat een solist weet welke tonen of toonladders hij of zij kan gebruiken bij een bepaald akkoordenschema. De hieruit voortkomende solo's kunnen zeer divers zijn: van een eenvoudige variatie op een (over)bekende melodie tot het geheel loslaten van de melodie door de solo louter te baseren op het onderliggende akkoordenschema. Een solo kan door één solist gespeeld worden, maar kan ook uitmonden in een vraag-en-antwoordspel tussen solisten, of tussen een solist en de ritmesectie. De wereld van de arts bevat meer overeenkomsten met die van de jazzmusicus dan men in eerste instantie zou vermoeden. De parallellen tussen jazz en geneeskunde(-onderwijs) zijn dan ook in diverse studies beschreven. Het doel van deze review is om deze parallellen tussen jazz en geneeskunde, zoals beschreven in de literatuur, te presenteren om artsen, studenten en medisch onderwijskundigen een nieuw perspectief op de geneeskunde te geven.

Aan de hand van vijf thema's wordt beschreven wat medische professionals kunnen leren van jazzmusici en de organisatie van het jazz-ensemble. Deze thema's worden toegelicht aan de hand van muzikale voorbeelden uit de jazz-geschiedenis:

- 1) Louis Armstrong, de eerste superster-solist: over improvisatie-vaardigheden, zowel bij de communicatie met patiënten als in medisch-technische context.
- 2) Miles Davis: 'do not play the butter notes': over hoe geneeskundestudenten en artsen met behulp van jazz hun communicatieve vaardigheden kunnen verbeteren.
- 3) Duke Ellington: pianist, componist, bandleider: over medisch leiderschap op de werkvloer: de arts als jazzbandleider.
- 4) Bill Evans, Scott LaFaro en Paul Motian: het ultieme jazz-trio? Over hoe werken in een interprofessioneel team te vergelijken is met spelen in een jazz-ensemble.
- 5) Herbie Hancock en de kunst van het verprutsen: over hoe jazzmusici een 'foute noot' zien als een mogelijkheid en hoe medische professionals van die opvatting kunnen leren.

Zoals in deze review wordt beschreven kunnen medische professionals leren van jazzmusici. Het potentieel en de mogelijkheden om van jazz gebruik te maken binnen het medisch curriculum verdienen daarom verdere aandacht.

C3.3 / Abdijzaal

Kunst van kijken en zien voor de medische professie: ervaar het zelf

Stap T, Woezik T van, Koksma J
Radboudumc

Kunst in medisch curricula kan dienen als training van concrete vaardigheden zoals herkennen van patronen en emoties. Ook biedt kunst mogelijkheid om open te staan voor andere perspectieven en om te gaan met ambiguïteit.[1] Geïntregeerd door deze bevindingen ontwikkelden wij met een groep kunstenaars en medisch specialisten een programma dat artsen in wording tot anders kijken naar de patiënt zou uitnodigen: 'Kunst van kijken en zien voor de medische professie'.

In 2016 en 2017 hebben we een innovatieve track gedraaid die medisch onderwijs combineert met kunst, en de bijhorende leerprocessen bestudeerd. De vrijwillige track werd gevolgd door respectievelijk 32 en 30 deelnemers, bestaande uit coassistenten en AIOS. We lieten deelnemers en kunstenaars samenwerken in de kunstenaarspraktijk. Hiermee hebben we een ervaring bewerkstelligd van werken in een radicaal andere discipline, bovenop alleen het observeren van de uitkomsten ervan. De track leidde ertoe dat deelnemers reflecteerden op wat ze leerden in termen van observatievaardigheden, creatief denken, persoonsgerichte zorg en referentiekader [2].

'We keken naar hetzelfde, maar we zagen totaal verschillende dingen. Hoe kan dat?', vroeg een deelnemer zich af.

Ons onderzoek laat zien dat dankzij het betrekken van coassistenten en AIOS de relatie met de praktijk duidelijk gelegd kan worden, waarbij het patiëntperspectief een duidelijkere rol krijgt. Ook zien we dat de methode van onderwijs veel positieve uitwerkingen heeft. Wat betreft de medische praktijk laat dit onderzoek zien dat kunst van belang is voor een beter oog voor de patiënt om te kunnen reflecteren op de hectiek van alledag.

Hoe we deze reflecties tot stand brachten? Dat kunt u ervaren in deze Fringe sessie. We gaan aan de slag met een verkorte versie van een opdracht die de deelnemers zelf ook hebben gedaan. Sterker nog, het is een opdracht die zij bedachten, toen zij zelf een slotbijeenkomst organiseerden als onderdeel van de track. U wordt dus aan het werk gezet! Ervaar wat kunst kan betekenen voor de medische professie en wat deze onderwijsmethode kan betekenen voor medisch onderwijs.

1 Haidet P, Jarecke J, Adams NE, Stuckey HL, Green MJ, Shapiro D, et al. A guiding framework to maximise the power of the arts in medical education: a systematic review and metasynthesis. Med Educ. 2016;50:320-331.

2 Koksma J, van Woezik T, van den Bosch S, van den Bergh C, Geerling L, Keunen JE. [Learning to see things from a different perspective: interns and residents collaborate with artists to become better doctors]. Ned Tijdschr Geneesk. 2017; 161:D1840.

C3.4 / Abdijzaal

Zombies! Waar komen ze vandaan en hoe komen we er vanaf?

Croix A de la¹, Veen M², Mak M¹

¹Amsterdam UMC, loc. VUmc, Erasmus MC²

Al eerder spraken en schreven we over de reflectiezombie: studenten die alle kenmerken vertonen van een reflecterende lerende, maar niet écht reflecteren – ze doen alsof. In deze Fringe delen we een complottheorie waarin we uiteenzetten dat er meerdere soorten zombies zijn: de communicatiezombie, de empathiezombie, de selectiezombie, de samenwerkingszombie, professioneel-gedrag-zombie, etc. Deze zombies zijn studenten die acceptabel gedrag vertonen, maar eigenlijk gewoon zeggen wat docenten en onderwijskundigen willen horen en daardoor niet diep leren.

We laten de verschillende zombies de revue passeren, delen onze theorieën over hoe deze zombies ontstaan en gevoed worden, en bespreken de positieve aspecten van 'zombiegedrag'. We denken (met u) na over het uitroeien van zombies in onze opleidingen. We blijven weg van blame the student en blame the teacher, maar zoeken oplossingen op het vlak van curriculumontwerp en de manieren waarop termen als 'samenwerken' en 'reflectie' worden geoperationaliseerd.

Docentprofessionalisering: mini training voor coaches die talentgedreven willen werken Een oefening om studenten regisseur te maken van hun eigen ontwikkeling

Spierenburg EJ, Visser MS
Erasmus MC

Thema

Alle studenten Bachelor Geneeskunde van het Erasmus MC hebben een coach. Coaching maakt minder anoniem, studenten voelen zich meer ondersteund, en dit leidt tot meer betrokkenheid en betere prestaties. Persoonlijk contact in een organisatie met 14.000 mensen is voor onze studenten van onschatbare waarde.

Om onze coaches verder te bekwalimen in coachvaardigheden, organiseren we jaarlijkse trainingen. Deze trainingen worden ontwikkeld aan de hand van de wensen van coaches. Een terugkerend thema is het coachen van studenten die vastgelopen zijn in de studie. Voor dit doel is een training ontwikkeld waarin de coach de student uitnodigt inzicht te krijgen in zijn/haar talenten in combinatie met de dingen die hij/zij belangrijk vindt. Dit instrument is afgeleid van het concept Job Crafting en richt zich op het ontwikkelen van meesterschap. Meesterschap is 1) het bewust inzetten van talenten die belangrijk zijn, 2) het stoppen of delegeren van activiteiten die energie kosten en niet belangrijk zijn, en 3) richt zich op activiteiten die wel belangrijk zijn, maar waarvoor geen talent is. De coach onderzoekt volgens een vaste werkwijze of omdenken mogelijk is, anderen kunnen worden ingeschakeld, een omgevingsverandering mogelijk is, dan wel er andere talenten om dit toch voor elkaar te krijgen.

Doel

Het oefenen met 'Job Crafting' door middel van 1 op 1 contact, waardoor je inzicht krijgt welke talenten voor iemand belangrijk zijn en hoe je regie krijgt op activiteiten die energie kosten en je belemmeren in je ontwikkeling om zo ruimte te creëren je verder te ontwikkelen.

Doelgroep

Iedereen, werkzaam in het medisch onderwijs die het leuk vindt studenten individueel te begeleiden tijdens hun studie Geneeskunde in hun ontwikkeling tot arts en nieuwsgierig is naar zijn eigen talenten als coach.

Opzet: activiteiten en opbrengst

In deze workshop bieden we de training in afgeslankte vorm aan, waarmee we de toepassing van het concept Job Crafting in een coachgesprek door de deelnemers willen laten ervaren.

Referenties

- 1 Frei, E., et al. Mentoring programs for medical students – a review of the PubMed literature 2000-2008. BMC Medical Education 2010, 10;32.
- 2 Visser, T. et al, Ruimte voor talent door Job Crafting, O&O, nr 2, 2012.

Max aantal deelnemers: 16

Trefwoord: Teachers/Trainers: Professionalism/scholarship, Learning outcomes: Life-long learning, Learning outcomes: Professionalism / attitude / ethics

Wijze van presentatie: Workshop

Toepassing van mindfulness in medisch onderwijs

Dijkink L, Meer M van der, Jonge L de
Erasmus MC

Thema

Kennismaking met mindfulness door te ervaren hoe je de aandacht kunt trainen aan de hand van verschillende oefeningen.

De aandacht van studenten/aios/onzelf dwaalt steeds af door een stroom van gevoelens, gedachten, zorgen, eisen en verantwoordelijkheden. We willen vaak dat de dingen anders zijn dan hoe ze zijn op dit moment, vooral wanneer er problemen zijn, of als dingen niet gaan zoals wij willen. Hierdoor kun je vast komen te zitten in belemmerende patronen die steeds meer energie vragen. Mindfulness kan helpen om juist naar onze ervaring toe te gaan en deze te onderzoeken in plaats van deze (onbewuste) patronen te laten voortbestaan.

Doel

Ervaren van mindfulness in een onderwijssetting.

Ervaren hoe je met aandacht kunt communiceren ter bevordering van de professionele ontwikkeling.

Doelgroep

Docenten, coördinatoren van onderwijs en aios

Opzet: activiteiten en opbrengst

- Welkom en inleiding op het onderwerp mindfulness
- Een korte oefening zitten in aandacht plus nabespreking
- Kijk oefening
- Mindful communiceren plus nabespreking

Toepassen van aspecten van mindfulness in eigen onderwijs.

Max aantal deelnemers: 16

Trefwoord: Teachers/Trainers: General, * TEACHING AND LEARNING

Wijze van presentatie: Workshop

Het verborgen curriculum en professionele cultuur in de kliniek: hoe maken we het ongrijpbare zichtbaar en bespreekbaar?

Mulder H, Wijngaarden JJ van
UMC Utrecht

Thema

Het 'verborgen curriculum' verwijst naar de waarden, normen en attitudes die impliciet en veelal onbewust worden overgedragen door onder meer het gedrag van individuele rolmodellen en de interactie binnen teams. Het verborgen curriculum wordt binnen medisch onderwijs als zeer invloedrijk beschouwd, met name in dat deel van de opleiding dat zich in de kliniek afspeelt. Het wordt overwegend eenzijdig in negatieve termen beschreven. In deze workshop benaderen we het verborgen curriculum als het effect van de professionele microcultuur van een team en belichten we zowel de positieve als de negatieve aspecten ervan. We demonstreren een praktische methode om de professionele cultuur zichtbaar te maken, te bespreken en te evalueren: de REVIEW (Reflecting & Evaluating Values Implicit in Education in the Workplace). REVIEW is gebaseerd op de Q-sort methodology en kan zowel individueel als door teams worden gebruikt en zowel door studenten als AIOS en staf.

Doel

Bewustzijn vergroten van en reflectie faciliteren op het verborgen curriculum en de professionele cultuur. Inzicht vergroten in zowel de positieve als negatieve impact ervan op het leren op de werkplek, bijvoorbeeld tijdens coschappen of medische vervolgoopleidingen. Inzicht geven in de wijze waarop cultuur - en daarmee het verborgen curriculum - binnen een team van stafleden en trainees tot stand komt. Bewust maken van het feit dat elk teamlid aan die cultuur bijdraagt en die dus mede creëert, in stand houdt en beïnvloedt.

Doelgroep

Iedereen die geïnteresseerd is in de impliciete aspecten van leren, met name in werkplekleren: studenten, AIOS, docenten, onderwijskundigen.

Opzet: activiteiten en opbrengst

In een korte introductie lichten we de begrippen 'hidden curriculum' en 'professionele cultuur' toe en introduceren we de REVIEW methode. We delen de ervaringen met REVIEW die in het UMC Utrecht zijn opgedaan in het tweede jaar van de Masteropleiding Geneeskunde en in het Teach the Teacher programma voor de medische vervolgoopleidingen. Vervolgens kunnen de deelnemers in een individuele sorteeroefening zelf ervaren hoe de methode werkt. In een plenaire discussie bespreken we vervolgens wat de deelnemers van de methode vinden en gaan we in op mogelijke toepassingen ervan in de setting van de deelnemers zelf. Opbrengst: kennismaking met de REVIEW methode, die een praktisch handvat biedt om het verborgen curriculum en de professionele cultuur te observeren, evalueren en bediscussiëren en desgewenst te veranderen. Inzicht in toepassingsmogelijkheden en beperkingen van REVIEW in de eigen setting van deelnemers.

Referenties

1 Hanneke Mulder, Edith ter Braak, H. Carrie Chen & Olle ten Cate (2018): Addressing the hidden curriculum in the clinical workplace: A practical tool for trainees and faculty. Medical Teacher, DOI: 10.1080/0142159X.2018.1436760.

Max aantal deelnemers: 30

Trefwoord: Teaching & learning: Clinical context, Curriculum: Education environment, Learning outcomes: Professionalism / attitude / ethics

Wijze van presentatie: Workshop

Interprofessioneel simulatie onderwijs ervaren en reflecteren op de leeropbrengsten en toepassing bij andere medische opleidingen

Kersten AW¹, Jambroes M¹, Mantel-Teeuwisse AK²

¹UMC Utrecht, ²Universiteit Utrecht

Thema

Om medisch studenten op te leiden tot arts in het huidige en toekomstige werkveld is het van belang dat interprofessionele vaardigheden worden geoefend.

Vergrijzing zorgt voor een toenemende zorgvraag waarin steeds meer mensen meerdere chronische ziektes hebben. Ook verschuiven zorgtaken vanuit het ziekenhuis naar de eerstelijns. Het gevolg is dat zorgverleners vanuit verschillende disciplines in dit dynamische werkveld meer met elkaar moeten samenwerken: interprofessionele samenwerking.

Daarnaast is ook intraprofessionele samenwerking tussen artsen uit de nulde-, eerste- en tweedelijns steeds belangrijker (transitiemomenten, bepaalde aandoeningen). De geneeskunde opleiding biedt een goede kans om deze samenwerking te oefenen omdat studenten die straks kiezen voor verschillende specialismen, nog bij elkaar zitten. Daarom ontwikkelden wij samen met de opleidingen

Diergeneeskunde, Farmacie en Bestuur & Organisatie onderwijs waarin samenwerking tussen verschillende professionals centraal staat, in eerste instantie voor de geneeskunde opleiding.

Het ervaren en oefenen van vaardigheden volgens de piramide van Miller het krachtigst wanneer gedrag geoefend kan worden in realistische maar herkenbare situaties. Daarom ontwikkelden wij een simulatieweek in de masterfase. Deze week bestaat uit vier dagen: een trainingsdag met vier workshops gevolgd door drie simulatiedagen. Elke simulatiedag speelt een student een andere rol; één dag als arts uit de tweedelijns (kno-arts, dermatoloog, oogarts), één dag uit de eerstelijns (huisarts) en één uit de nuldelijns (Jeugdarts, arts infectieziektebestrijding, bedrijfsarts) en oefenen ze samenwerking aan de hand van casuïstiek. Dit onderwijs wordt sinds september gegeven en wordt erg positief beoordeeld door studenten én docenten.

Doel

Tijdens de workshop gaan deelnemers het onderwijs zelf ervaren aan de hand van een aantal elementen uit het onderwijs (workshop, interprofessionele casus, MultiDisciplinair Overleg). Daarna wordt gezamenlijk gereflecteerd op de leeropbrengsten en het toepassen van deze onderwijsvorm in andere opleidingen.

Doelgroep

De workshop sluit aan bij opleidingen waar interprofessioneel handelen van belang is. Docenten, onderwijsontwikkelaars, curriculum coördinatoren en studenten zijn van harte welkom.

Opzet: activiteiten en opbrengst

De workshop staat in het teken van het zelf ervaren van de interprofessionele simulatie, ervaringen van studenten horen en vervolgens samen reflecteren op leeropbrengsten en elementen uit de simulatieweek die aanwezig in hun eigen onderwijs kunnen toepassen. Daarnaast kan het (delen van)format waardevol zijn voor andere medische opleidingen.

Max aantal deelnemers: 18-20

Trefwoord: Teaching & learning: Simulation, Teaching & learning: Experiential learning, Curriculum: Inter-professional

Wijze van presentatie: Workshop

Using social media to disseminate your scholarly work

Hewett JK, Jong PGM de
IAMSE

Thema

When publishing scholarly work in a journal, in general a lot of time and effort is being invested on writing and revising the manuscript until it is being accepted for publication. However, that milestone should not be the end of the endeavor but is in fact just the beginning. From that moment on most authors rely on passive dissemination of the article: researchers who perform a literature search might find the work through library systems. But why should the author not actively promote the work as well? Social media offer a wealth of opportunities to actively increase the visibility of the article, indirectly leading to more academic usage of and more citations to the work.

Doel

The goal of the workshop is to introduce the participants to the possibilities of social media for disseminating scholarly work, and to practice hands-on with several of these options to promote their own article(s) and themselves as a researcher/author.

Doelgroep

Faculty with already one or more articles published, or those who expect to have an article being accepted within the upcoming year.

Opzet: activiteiten en opbrengst

First an overview of several social media will be presented containing communication tools as well as social media research platforms. Different communication techniques such as Twitter and Facebook will be addresses in more detail. The participants will practice hands-on and learn how to formulate effective social media expressions for a specific sample article. Next social media research platforms such as LinkedIn and ResearchGate will be introduced and the participants will review several examples of researcher profiles and discuss the quality of them. At the end of the workshops the participants have learned how to actively promote their own article(s) and themselves as a researcher/author.

Max aantal deelnemers: 32

Trefwoord: Research in medical education: Publications, Teachers/Trainers:
Professionalism/scholarship, Teachers/Trainers: Faculty/Staff development

Wijze van presentatie: Workshop

Help! Mijn intervisiegroep wil alleen maar spuien

Dijken PJ van
UMC Groningen

Thema

Intervisie is een methodiek om in een groep op een gestructureerde manier te leren van ervaringen. Intervisie is ook in toenemende mate een vereiste voor (her)registratie van praktiserende medisch specialisten.

Het aanleren van intervisie als methodiek voor het leren van ervaringen wordt vaak als leerdoel voor medisch studenten geformuleerd.

Goede intervisie is iets anders dan een rondje 'spuien' van ervaringen. Wat zijn de overeenkomsten en verschillen? Hoe kom je als 'intervisiecoach' tot een kwalitatief goede intervisie? Wanneer voegen intervisiemethodieken eigenlijk iets toe en zijn er ook situaties waarin dat niet zo is?

Doel

Het doel van de workshop is deels bewustwording van de verschillen tussen spuien en intervisie en de meerwaarde van de intervisiemethodiek als instrument voor het leren van ervaringen. Het tweede doel van de workshop is het bewustmaken van een aantal randvoorwaarden voor goede intervisie, zodat de deelnemers handvatten krijgen om de effectiviteit van hun eigen intervisiewerk, zowel als deelnemer of in de rol van begeleider, te verbeteren.

Doelgroep

Artsen, docenten, studenten, (intervisie)coaches en mentoren in medisch onderwijs.

Opzet: activiteiten en opbrengst

Na een korte plenaire introductie gaan de deelnemers in kleine groepjes de verschillen tussen 'spuien' en intervisie bespreken, waarna de opbrengst hiervan plenair 'geoogst' en besproken wordt. In de tweede helft van de workshop wordt, opnieuw in subgroepen, aan de hand van voorbeelden van real life bespreekpunten die door studenten zijn ingebracht tijdens intervisiebijeenkomsten, nagedacht over de vraag welke werkvorm het meest zou opleveren. Zo wordt geïllustreerd wat de valkuilen en relatieve contra-indicaties van intervisie(methodieken) zijn. De opbrengst hiervan wordt weer in een plenaire slotsessie geïnventariseerd waarna in een kort socratisch gesprek de belangrijkste leerpunten en take home messages worden samengevat.

Max aantal deelnemers: 20-25

Trefwoord: Learning outcomes: Life-long learning, Learning outcomes: Professionalism / attitude / ethics, Teaching & learning: Collaborative/peer-to-peer

Wijze van presentatie: Workshop

Correspondentieadres:

P.J. van Dijken
UMC Groningen
Huisartsgeneeskunde
Postbus 196
9700 AD GRONINGEN
E-mail: p.j.van.dijken@umcg.nl

Vaardigheid als arts: jong geleerd, oud gedaan?

Jochemsen-van der Leeuw HGA¹, Post CEJ van der², Dijk N van¹

¹Amsterdam UMC, loc. AMC, ²Huisartsopleiding Nederland

Thema

Een vaardige arts beheerst de fysische diagnostiek, kan diagnostische en therapeutische ingrepen verrichten en, als de veranderende geneeskunde en zich ontwikkelende technologie daarom vragen, nieuwe Medisch Technische Vaardigheden (MTV) aanleren. Wordt dit en hoe wordt dit bereikt? Allereerst leert de student Geneeskunde MTV aan gedurende de basisopleiding tot arts. Welke dat zijn, is vastgelegd in het Raamplan (2009). De vraag is of deze lijst in 2018 nog voldoet en of hieraan voldaan wordt. Tegelijk stelt de herregistratie voor BIG-artsen dat MTV worden gerekend tot het deskundigheidsgebied van de arts. Welke MTV en of deze overeenkomen met het Raamplan is niet duidelijk omschreven.

Amerikaans onderzoek uit 2013 liet zien dat aios bij aanvang van een vervolgopleiding minder en andere vaardigheden beheersten dan verwacht.¹ Deze bevinding werd bevestigd door een meting in 2017 onder eerstejaars aios huisartsgeneeskunde. Dit doet een discrepantie vermoeden tussen het werkelijke en benodigde aanvangsniveau voor de vervolgopleidingen.

Daarbij is er discussie over welke MTV tot specifieke vakgebieden behoren en welke meer generalistisch zijn.²

Doel

Verdiepen van de inzichten in de vaardigheden die studenten geneeskunde, basisartsen en artsen in opleiding tot specialist aangeleerd krijgen, op welke manier ze deze ontwikkelen en tot welk niveau van uitvoering ze bekwaam moeten zijn.

Doelgroep

Bachelor-, master- en curriculum coördinatoren, onderwijsontwikkelaars, docenten, klinische opleiders, studenten, coassistenten, aios.

Opzet: activiteiten en opbrengst

Activiteiten

Door middel van de World Café methode zullen de deelnemers aan de hand van casus zich buigen over de plek van MTV in het curriculum.

Opbrengst

Afsluitend zullen de belangrijkste inzichten plenair worden getoond en verbonden

Referenties

1. Dickson GM, Chesser AK, et al. Family medicine residency program director expectations of procedural skills of medical school graduates. *Fam Med.* 2013;45:392-399.

2. Jansen O, Konijnenberg S, e.a. Echografie is een vak. *Med Contact* 2015;45:2142-4

Max aantal deelnemers: 30

Trefwoord: Curriculum: All, Teaching & learning: Clinical context, Education management: All

Wijze van presentatie: Rondetafelsessie

Hoe kun je floreren in medisch onderwijs onderzoek als 'institutional entrepreneur'?

Groot E de¹, Timmerman AA²

¹UMC Utrecht, ²Universiteit Maastricht

Thema

Hoe de ontwikkeling van een onderzoeker tot '*institutional entrepreneur*' eruit zou kunnen zien staat centraal: wat is daarvoor nodig? Een '*institutional entrepreneur*' zoekt actief naar mogelijkheden om invloed uit te oefenen op zijn of haar omgeving om succesvol te kunnen zijn. Focus ligt op de vraag welke definities van succes worden gehanteerd door de onderzoeker en welke overlap er is tussen diens definitie van succes en die van de eigen organisatie. We willen een inspirerende discussie op gang brengen tussen onderzoekers die een coördinerende, innoverende en superviserende rol in het medisch onderwijs onderzoek hebben, en reflecteren op hoe iedere onderzoeker vanuit diens eigen kwaliteiten kan floreren binnen academische werksettings waarin verschillende uitkomsten gelden als succes.

Doel

Samen met de deelnemers het speelveld voor '*institutional entrepreneur*'-schap in medisch onderwijs onderzoek in beeld brengen en daarin verkennen hoe *agency* er uit kan zien.

Doelgroep

Professionals die na hun promotieonderzoek een coördinerende, innoverende en superviserende rol in het medisch onderwijs onderzoek hebben. Op verschillende niveaus: postdoc, assistant professor, associate professor of professor. Professionals die geen grote groepen onderzoekers (willen) leiden maar die ook niet 'als los individu' onderzoek (willen) doen.

Opzet: activiteiten, opbrengst

Tijdens de ronde tafel gaan deelnemers met elkaar het gesprek aan. Wat beschouwen onderzoekers die na hun promotie een coördinerende, innoverende en superviserende rol in het medisch onderwijs onderzoek hebben als succes? Welke factoren denken zij dat daarop van invloed zijn? Hoe kunnen deze factoren verschillend zijn in academische werksettings die uiteenlopende aspecten belangrijk vinden voor de ontwikkeling van medisch onderwijs professionals? Wat betekent dit voor de individuele medisch onderwijs onderzoeker? De discussie wordt theoretisch ingekaderd in het werk van Bourdieu, met de concepten van *field*, *habitus*, *capital* en van Albert over het continuüm: (medisch onderwijs) onderzoek met als doel om kennis te vermeerderen *versus* om praktijkproblemen op te lossen. Geïnspireerd op een recente serie artikelen geschreven door Lara Varpio. Een denkbare spin-off van deze ronde tafel is tevens dat deelnemers in contact komen met collega's die bezig zijn met gelijksoortige vraagstukken rond het bereiken van gewenste doelen en zij elkaar kunnen inspireren en blijvende netwerken kunnen vormen.

Referenties

1 Varpio, L., Bidlake, E., Humphrey-Murto, S., Sutherland, S., & Hamstra, S. J. (2014). Key considerations for the success of medical education research and innovation units in canada: Unit director perceptions. *Advances in Health Sciences Education*, 19(3), 361-377. 10.1007/s10459-013-9479-z

2 Varpio, L., O'Brien, B., Durning, S. J., Van Der Vleuten, C., Gruppen, L., Cate, O. T., . . . Hu, W. (2017). Health professions education scholarship unit leaders as institutional entrepreneurs. *Academic Medicine*, 92(8), 1189-1195. 10.1097/ACM.0000000000001576

Max aantal deelnemers: 25-30

Trefwoord: Research in medical education: General, Education management: Centres for medical education, Teachers/Trainers: Professionalism/scholarship

Wijze van presentatie: Rondetafelsessie

Communiceren: kan iedere student het leren?

Siemann IJ¹, Rasenberg EMC¹, Smeenk ADJ²

¹Radboudumc, ²Universiteit Maastricht

Thema

De aanleiding weerspiegelt een basale vraag: zijn communicatieve vaardigheden 'aan te leren'? In verschillende artikelen en boeken wordt het belang van patiënt gerichte communicatie benadrukt (Clinical communication in medicine, Brown et al, 2015) maar wat als de verwachte groei van deze vaardigheden uitblijft?

Doel

De deelnemer leert van de werkmethoden van anderen in discussievorm en neemt datgene wat waardevol is voor diens eigen werkomgeving mee

De deelnemer vormt zich een mening over de stelling: 'communiceren: iedereen kan het leren'.

Doelgroep

Docenten en studenten die zich bezig houden met communicatieonderwijs binnen een medische opleiding

Opzet: activiteiten en opbrengst

Korte inleiding met een schets van de huidige stand van zaken met betrekking tot literatuur over arts en communicatie en een overzicht van uitkomsten van een enquête die is afgenomen bij de werkgroep communicatie van de NVMO. Vervolgens gaan deelnemers aan de slag middels het World Café.

Een World Café; is een interactieve werkvorm om een levendige dialoog op te zetten rondom vragen die er echt toe doen. De volgende vragen komen aan bod:

- Kan iedere student leren patiëntgericht te communiceren?
- Hoeveel gewicht moet de toetsing van deze soft skills binnen de opleiding geneeskunde hebben?
- Hoe wordt er geëvalueerd? Wat zijn de voor- en nadelen ervan?
- Wat doen jullie met de student die keer op keer onvoldoende scoort?

Max aantal deelnemers: 30

Trefwoord: Assessment: OSCE/ OSPE/ OSTE, Students/Trainees: Student/trainee in difficulty

Wijze van presentatie: Rondetafelsessie

Eindtermen voor klinisch farmacologie en farmacotherapie-onderwijs binnen de geneeskundeopleiding in Europa: Een gemodificeerde Delphi-methode

Brinkman DJ¹, Tichelaar J¹, Mekkink LB¹, Christiaens T², Likic R³, Maciulaitis R³, Costa J⁴, Sanz EJ³, Maxwell SR⁵, Richir MC¹, Agtmael MA van¹

¹Amsterdam UMC, loc. VUmc, ²Universiteit Gent, ⁴Alameda da Universidade, ⁵Old college

Probleemstelling

Recente studies laten zien dat bijna afgestudeerde artsen in Europa onvoldoende in staat zijn om effectief en veilig geneesmiddelen voor te schrijven omdat de kwaliteit en kwantiteit van het klinische farmacologie en farmacotherapie-onderwijs tijdens de geneeskundeopleiding onvoldoende is.^{1,2} Deze resultaten suggereren dat het onderwijs op dit gebied in Europa dringend verbeterd moet worden. Als eerste stap in dit proces dient er consensus verkregen te worden over wat geneeskundestudenten in Europa zouden moeten kennen en kunnen op het moment van afstuderen om effectief en veilig voor te schrijven. Het doel van deze studie is om consensus te krijgen over de eindtermen voor het klinische farmacologie en farmacotherapie-onderwijs binnen de geneeskundeopleiding in Europa.

Methode

Deze studie bestond uit een systematische literatuur review en een gemodificeerde Delphi-studie bestaande uit drie vragenlijstrondes en een bijeenkomst met experts (i.e. klinisch farmacologen, apothekers, medisch specialisten en medisch onderwijskundigen) uit Europa. Artikelen in PUBMED, EMBASE en ERIC databases werden gezocht met een combinatie van de zoektermen 'prescribing', 'competence' en 'medical students'. 23 artikelen werden uiteindelijk geïncludeerd waarmee een lijst van 307 eindtermen werd samengesteld (233 kennisitems, 65 vaardigheden, 9 attitudes). 129 experts uit 27 Europese landen werden gevraagd om de relevantie van elke eindterm te scoren op een 5-punts Likertschaal. Een eindterm werd als 'relevant' gezien als ≥80% van de respondenten deze een score 4 of 5 gaf. Deelnemers konden daarnaast nieuwe eindtermen voorstellen of eindtermen aanpassen. Eindtermen waar na drie rondes nog geen consensus over was gevormd, werden besproken in een bijeenkomst.

Resultaten (en conclusie)

Tussen januari en mei 2017 deden 92 experts (71%) uit 25 Europese landen mee aan alle drie de vragenlijstrondes. In juni 2017 waren 33 experts (26%) aanwezig bij de bijeenkomst. De experts vormden uiteindelijk consensus over 232 relevante eindtermen uit de originele lijst, 15 nieuw voorgestelde eindtermen en 5 aangepaste eindtermen. Van de 252 eindtermen richtten 192 (76%) zich op kennis over basale en klinische farmacologie (e.g. farmacodynamiek, -kinetiek), 47 (19%) op farmacotherapeutische vaardigheden (e.g., het schrijven van een recept, het doen van een medicatiereview) en 13 (5%) op attitudes bij het voorschrijven (e.g., een kritische blik ten aanzien van nieuwe geneesmiddelen).

Discussie

In deze studie vormden een grote groep Europese experts consensus over 252 eindtermen die essentieel zijn voor geneeskundestudenten om effectief en veilig voor te schrijven op het moment van afstuderen. De experts waren van mening dat de focus aan het begin van het curriculum vooral moet liggen op het verwerven van kennis in de basale en klinische farmacologie. Naar mate de jaren vorderen verandert de focus naar het trainen van farmacotherapeutische vaardigheden in een simulatieomgeving of in de klinische praktijk.

Referenties

1 Brinkman, et al. Essential competencies in prescribing: A first European cross-sectional study among 895 final-year medical students. Clin Pharmacol Ther. 2017;101(2):281-289.

2 Brinkman, et al. Pharmacology and therapeutics education in the European Union needs harmonization and modernization: A cross-sectional survey among 185 medical schools in 27 countries. Clin Pharmacol Ther. 2017;102(5):815-822.

Trefwoord: Learning outcomes: Clinical and practical skills, Curriculum: Outcome/competency-based, Curriculum: Core

Wijze van presentatie: Onderzoekspaper

Hoe worden onderwijskundigen gerepresenteerd in gesprekken over curriculumveranderingsprocessen? Een discourse analyse

Velthuis F¹, Helmich E¹, Dekker H¹, Koole AJ², Jaarsma ADC¹

¹UMC Groningen, ²Rijksuniversiteit Groningen

Probleemstelling

Afdelingen voor onderzoek en ontwikkeling van onderwijs in medische faculteiten hebben een veronderstelde rol in het ondersteunen van curriculum veranderingsprocessen ⁽¹⁾, echter deze rol is gering onderbouwd. Om beter zicht te krijgen op deze afdelingen, en specifiek, op hoe onderwijskundigen gezien worden door anderen in het veranderproces, hebben wij een discourse analyse gedaan van interviews met veranderleiders die een geneeskunde curriculum veranderingsproces hebben geleid in één van de 8 UMC's in Nederland, N=9. ⁽²⁾. Deze interviews gingen over het verloop van het curriculum veranderingsproces beschreven vanuit hun rol. Door naar taalgebruik te kijken - hoe praten deze veranderleiders over onderwijskundigen - probeerden we inzicht te krijgen in hoe onderwijskundigen gerepresenteerd worden in de context van curriculum veranderingen en hoe op deze manier een bepaalde sociale werkelijkheid wordt geconstrueerd. Met deze studie laten wij een kritisch, maar constructief, licht schijnen op het inzetten en benutten van kostbare stakeholders in medisch onderwijs.

Methode

De 9 interviews zijn middels een vorm van Discourse Analyse - Membership Categorization Analysis - geanalyseerd. Zoals gebruikelijk binnen deze manier van analyseren zijn eerst alle categorieën, 'referenttermen', verzameld die de respondenten gebruiken om te verwijzen naar onderwijskundigen in het interview, met de bijbehorende 'predicaten' (dat wat erover deze persoon/groep wordt gezegd). We observeerden een onderscheid in referenttermen, wat leidde tot een onderverdeling van twee groepen referenttermen. Deze twee groepen met hun predicaten zijn vervolgens taal-inhoudelijk nader geanalyseerd; wat wordt er gezegd en hoe wordt dit gezegd.

Resultaten (en conclusie)

We vonden twee verschillende manieren (groepen) van refereren naar onderwijskundigen: *persoonlijke* referent termen (een specifieke onderwijskundige bij de voornaam noemen) en meer *algemene* referent termen (zoals 'onderwijskundigen', 'mensen van het onderwijsinstituut', 'de ondersteuners'). Daarnaast zagen we dat bij de persoonlijk genoemden vaker expliciet naar hun onderwijskundige bijdragen en kennis werd verwezen dan bij degenen over wie alleen in algemene termen werd gesproken. Bij deze laatste groep waren de beschrijvingen vaak weinig specifiek en werden hun bijdragen beschreven als meer passief en uitvoerend dan bepalend en besluitvormend. Daarnaast suggereerde het taalgebruik verschillen in nabijheid tot het proces en de leider, en zagen we verschillen in gevoelswaarde van de uitingen.

Discussie

Onze studie laat zien dat er ambivalentie wordt ervaren ten aanzien van onderwijskundigen: variërend van positieve beschrijvingen van één persoon die dichtbij het proces lijkt te staan tot gefrustreerde uitingen over moeizame samenwerking. De resultaten sluiten aan bij de spanningen die Davis et al. noemen die ontstaan bij interprofessionele samenwerkingen ⁽¹⁾. Grip krijgen op deze spanningen tijdens curriculumveranderingen is daarom belangrijk voor het proces. Toekomstig onderzoek kan zich richten op de onderliggende aspecten (het waarom) van deze spanningen.

Referenties

1 Davis MH et al. AMEE education guide no. 28: The development and role of departments of medical education. *Med Teach*. 2005;27(8):665-675.

2 Velthuis F et al. Navigating the complexities of undergraduate medical curriculum change: Change leaders' perspectives. *AcadMed*.2018 (published-ahead-of-print).

Trefwoord: Education management: Centres for medical education, Education Management: Change, Medical education: Undergraduate education

Wijze van presentatie: Onderzoekspaper

De bachelor Geneeskunde als kweekvijver voor arts-onderzoekers: een grounded theory studie gericht op percepties van en motivatie voor onderzoek onder eerstejaarsstudenten

Ommering BWC, Blankenstein FM van, Wijnen-Meijer M, Dekker FW
LUMC

Probleemstelling

Arts-onderzoekers vormen de brug tussen onderzoek en praktijk, waardoor zij belangrijk zijn voor de ontwikkeling van het medische veld. Momenteel is er een internationaal tekort aan arts-onderzoekers. Studenten vroeg betrekken bij onderzoek is een mogelijke oplossing[1]. Percepties van en motivatie voor onderzoek spelen hierin een belangrijke rol. Percepties van onderzoek zijn gerelateerd aan motivatie voor onderzoek en kunnen bovendien veranderen. Dit biedt mogelijkheden om interventies te ontwikkelen en evidence-based strategieën te implementeren om positieve percepties van en motivatie voor onderzoek te stimuleren. Percepties van onderzoek onder studenten in de pre-klinische fase zijn echter nog niet eerder onderzocht en studies naar motivatie voor onderzoek zijn schaars. De onderzoeksvraag van deze studie is daarom hoe we condities kunnen creëren waaronder studenten vroeg positieve percepties van en motivatie voor onderzoek ontwikkelen. Hiertoe zijn de volgende deelvragen geformuleerd: 1) hoe kijken eerstejaarsstudenten aan tegen onderzoek en 2) welke factoren dragen bij aan motivatie of demotivatie voor onderzoek?

Methode

We hebben een 'grounded theory' studie uitgevoerd binnen een constructivistisch paradigma waarbij semigestructureerde individuele interviews zijn afgenomen bij dertien eerstejaarsstudenten Geneeskunde. Studenten zijn doelgericht benaderd om een diverse steekproef te creëren. Alle interviews zijn iteratief en onafhankelijk door twee onderzoekers geanalyseerd, gebruikmakend van de analysemethode van Strauss & Corbin met opeenvolgende fases van open, axiaal en selectief coderen[2].

Resultaten (en conclusie)

Onder percepties zijn vijf hoofdthema's geïdentificeerd, waaronder het doel, processen, karakteristieken, onderwerpen en randvoorwaarden van onderzoek. Veertien thema's schetsen motiverende factoren, waaronder erkenning, inspirerende rolmodellen, samenwerking, afwisseling en bijdragen voor patiënten. Er zijn eveneens veertien thema's met demotiverende factoren, zoals gebrek aan autonomie, onvoldoende ondersteuning en statistiek.

Discussie

In lijn met de Theory of Planned Behavior, suggereren onze resultaten een link tussen percepties en motivatie. Studenten zien statistiek bijvoorbeeld als een groot deel van onderzoek en benoemen statistiek eveneens als demotiverend. Dit biedt mogelijkheden om positievere percepties te stimuleren, in dit geval door studenten bekend te maken met het brede karakter van onderzoek en motiverende aspecten daarbinnen, zoals afwisseling. Tevens bieden de genoemde factoren inzichten om condities te creëren waaronder studenten gemotiveerd raken voor onderzoek, zoals mogelijkheden tot publiceren, het bieden van autonomie en inspireren door docent-onderzoekers eigen werk te laten bespreken. Daarnaast kan het belang van onderzoek voor de praktijk besproken worden, met de nadruk op de mogelijke bijdrage aan patiëntenzorg. De resultaten van dit onderzoek kunnen bijdragen aan de uitbreiding van bestaande motivatietheorieën zoals de Self-Determination Theory en bieden inzicht in het vroeg opleiden van de volgende generatie arts-onderzoekers.

Referenties

- 1 Chang&Ramnanan(2015). A Review of Literature on Medical Students and Scholarly Research. *Academic Medicine*,90(8),1162-1173.
- 2 Strauss&Corbin(1990). *Basics of qualitative research:Grounded theory procedures and techniques*. Sage Publications.

Trefwoord: Learning outcomes: Research, Medical education: Undergraduate education, Students/Trainees: Career choice

Wijze van presentatie: Onderzoekspaper

Impact van aniosperiode op de beroepskeuze

Querido SJ¹, Cate TJ van¹, Broek WES van den¹, Wigersma L², Rond MEJ de³

¹UMC Utrecht, ²NVAVG, ³KNMG

Probleemstelling

Geneeskundestudenten en basisartsen moeten een keuze voor een toekomstig specialisme maken. Dit gebeurt op basis van een iteratieve reflectie van de voorkeuren en is gedreven door het vinden van de balans tussen de carrière en persoonlijke behoeftes versus de percepties van het specialisme^{1,2}. Sommigen maken de beroepskeuze tijdens het laatste studiejaar, terwijl velen de uiteindelijke keuze maken als zij werken als anios. Tijdens de laatste fase van de basisopleiding en werken als ANIOS is er een toename in klinische verantwoordelijkheid. Het doel van deze studie is het onderzoeken van de invloed van klinische verantwoordelijkheid op de beroepsvoorkeur en beroepskeuze.

Methode

Een longitudinale studie met twee intervallen en drie momenten van dataverzameling; een eerste interviewronde aan het begin studiejaar 6, een tweede aan het einde van studiejaar 6 en een derde een jaar na afstuderen. Interviewvragen over hoe de beroepsvoorkeuren en keuze gedurende deze tijd ontwikkelen. Interviews zijn getranscribeerd en thematisch geanalyseerd op basis van fenomenologische benadering.

Resultaten (en conclusie)

Aan de 1ste, 2de en 3de interviewrondes hebben respectievelijk, 24, 22 en 20 subjects deelgenomen. Het ervaren van klinische verantwoordelijkheid is van invloed op de beroepsvoorkeur en het maken van de uiteindelijke beroepskeuze. De geïnterviewden benoemden het ervaren van 'echte dokter zijn' als de mogelijkheid om te ervaren hoe het werken in hun toekomstige context is. De ervaring van bijvoorbeeld het nemen van beslissingen, het hebben van eigen patiënten en het hebben van de verantwoordelijkheid versterkt het ervaren van de realiteit en het bepalen of dit aansluit bij wat men wil. 7 van de 15 geïnterviewden gaf aan hun beroepsvoorkeur te hebben veranderd door hun werkervaring als anios.

Discussie

Het ervaren (van een hoge mate) van klinische verantwoordelijkheid speelt een belangrijke rol bij de iteratieve reflectie van beroepsvoorkeuren van studenten en basisartsen en is zo van grote invloed op de beroepskeuze. Door de verantwoordelijkheid te ervaren kan het beeld over het specialisme anders worden dan men had. Hierdoor wordt de student of basisarts gedwongen te reflecteren op zijn behoeftes en te bepalen wat de beste match met een specialisme is. Het onderliggende beroepskeuzeproces wordt gestimuleerd door deze iteratieve reflecties. De uiteindelijke beroepskeuze wordt medebepaald door de ervaring van het zelfstandig werken als arts. Dit impliceert dat de basisarts voordeel heeft van het werken als anios voor de opleiding.

Referenties

1 Querido SJ, Vergouw D, Wigersma L, Batenburg RS, De Rond MEJ, Ten Cate TJ. Dynamics of career choice among students in undergraduate medical courses. A BEME systematic review. Med Teach. 2015.

2 Bland CJ, Meurer LN, Maldona G. 1995. Determinants of primary care specialty choice; A non-statistical meta-analysis of the literature. Acad Med 70(7):620-641.

Trefwoord: Medical education: Postgraduate education, Students/Trainees: Career choice, Students/Trainees: Student support and counselling

Wijze van presentatie: Onderzoekspaper

Een inventarisatie van attitudes ten opzichte van doelmatigheid en kostenbewustzijn bij aios en hun supervisors: gelouterde stafleden zijn de beste rolmodellen

Mordang SBR¹, Könings KD¹, Smeenk FWJM², Stassen LPS³

¹Universiteit Maastricht, ²Catharina Ziekenhuis, ³MUMC+

Probleemstelling

Aios moeten getraind worden in het leveren van doelmatige zorg om hoogwaardige zorg te bevorderen en zorgkosten te beheersen. Het gedrag van aios wordt beïnvloed door hun eigen attitudes, maar ook de attitudes van hun rolmodellen spelen een prominente rol (Theory of Planned Behavior). Om aios effectief op te kunnen leiden in het leveren van doelmatige zorg is het daarom belangrijk om zicht te krijgen op hun eigen attitudes aangaande doelmatigheid en die van hun supervisors, maar ook op hoe aios attitudes van supervisors percipiëren. Verder kijken we naar de rol van geslacht en mate van klinische ervaring op attitudes aangaande doelmatigheid.

Methode

Aios (N=416) en supervisors (N=386) uit alle acht opleidings- en onderwijsregio's in Nederland hebben een vragenlijst ingevuld, bestaande uit 52 items over attitudes aangaande doelmatigheid en aanvullende vragen over geslacht en klinische ervaring. De vragenlijst is oorspronkelijk ontwikkeld door Leep Hunderfund en uitgezet in de V.S. (2016) en is in samenwerking bewerkt voor de Nederlandse context. Uit de oorspronkelijke dataset zijn drie schalen afgeleid: (1) arts verantwoordelijkheid, (2) arts-patiënt relatie, (3) kostenbewuste artsen. Aanvullend beantwoordden aios items over hoe zij dachten dat hun supervisors zouden scoren op deze schalen. Data zijn geanalyseerd met ongepaarde t-toetsen en ANOVA.

Resultaten (en conclusie)

Resultaten toonden geen verschillen tussen attitudes van aios en supervisors, maar wel onderschatten aios de attitudes van supervisors. Aios verwachtten lagere attitudes bij supervisors dan hun werkelijke scores. Ervarenere artsen waren het er sterker mee eens dat artsen zich verantwoordelijk zouden moeten voelen kostenbewuste zorg te leveren (schaal 1) en dat artsen over kosten moeten nadenken tijdens klinische besluitvorming (schaal 3) dan minder ervaren artsen. Minder ervaren artsen waren het er sterker mee eens dat artsen kosten van zorg moeten bespreken met patiënten (schaal 2) dan ervarenere artsen. Mannen waren er meer van overtuigd dat artsen kosten van de zorg met patiënten moeten bespreken dan vrouwen.

Discussie

De positievere attitudes van klinisch gelouterde artsen om doelmatige zorg te praktiseren zou verklaard kunnen worden door opgebouwde medische ervaring en routine, terwijl artsen met geringe klinische ervaring mogelijk meer gericht zijn op het bieden van medisch-inhoudelijk goede zorg. Dat artsen met geringe klinisch ervaring meer bereid zijn zorgkosten met patiënten te bespreken, strookt met de huidige ontwikkeling rondom gezamenlijke besluitvorming met patiënten. Supervisors staan positiever tegenover doelmatigheid dan aios denken; dit suggereert dat supervisors niet openlijk en herkenbaar genoeg aandacht besteden aan doelmatigheid in de dagelijkse praktijk. Gelouterde stafleden zijn in potentie dus de beste rolmodellen, mits zij hun positieve attitudes tegenover doelmatigheid en kostenbewustzijn goed kunnen overbrengen op aios.

Referenties

- 1 Ajzen, I. (1991). The theory of planned Behavior. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 50, 179-211.
- 2 Leep Hunderfund, A.N., Dyrbye, L.N., Starr, S.R., Mandrekar, J., Naessens, J.M., Tilburt, J.C., & Goold, S.D. (2016). Role modeling... *Academic Medicine*, 92, 694-702.

Trefwoord: Medical education: Postgraduate education, Learning outcomes: Professionalism / attitude / ethics, Curriculum: Education environment

Wijze van presentatie: Onderzoekspaper

Het leren van doelmatigheid in de vervolgopleiding; een observationele studie

Stammen LA¹, Janssen LME¹, Bressers G¹, Driessen E¹, Stassen LPS², Scheele F³, Stalmeijer RE¹

¹Universiteit Maastricht, ²MUMC+, ³Amsterdam UMC, loc. VUmc

Probleemstelling

Gedurende de medisch specialistische vervolgopleiding leren AIOs om te gaan met tal van overwegingen in het kader van patiëntenzorg. Een van deze overwegingen is de doelmatigheid van zorg met het oog op de betaalbaarheid en toegankelijkheid. Onderzoek heeft aangetoond dat AIOs leren door invloeden van hun omgeving (1). Er is echter nog weinig aandacht voor hoe AIOs doelmatig handelen leren op de werkplek en wat de rol van de opleiding hierbinnen is. Om inzicht te krijgen in leerproces van AIOs willen we weten hoe AIOs omgaan met doelmatigheid op de werkvloer. Het doel is om door middel van observationeel onderzoek antwoord te krijgen op de vraag 'hoe gaan AIOs om met doelmatigheidsvraagstukken in de dagelijkse praktijk?'.

Methode

Middels een ethnografische methodologie werden AIOs en diens supervisors binnen een afdeling gedurende +- 200 uur geobserveerd. De niet-participerende observaties richtten zich op doelmatigheidsoverwegingen rondom patiëntenzorg tijdens reguliere werkzaamheden van de AIOs. Observaties werden aangevuld door verdiepende interviews en document-onderzoek om een volledig beeld te krijgen van de inhoud en context van het geobserveerde moment. De verkregen data (observaties, fieldnotes, verdiepende interviews, en documentonderzoek) zijn iteratief geanalyseerd door een breed-georiënteerd onderzoeksteam, met fases van; open coderen, thematische analyse, verdiepende vragen en besprekingen met het team.

Resultaten (en conclusie)

AIOs komen in aanraking met doelmatigheidsvraagstukken binnen verschillende settings. Een voorbeeld van een dergelijke setting is de medische overdracht of grote visite, waarbij er naar aanleiding van patiënten-casuïstiek, zowel retrospectief als prospectief, een vraagstuk besproken wordt. Doelmatigheidsvraagstukken kenmerken zich doordat er geen algemeen gedeeld antwoord is en er een afweging moet worden gemaakt over welke zorg doelmatig is. Genoemde overwegingen voor dergelijke vraagstukken zijn gebaseerd op kennis-aspecten (protocolen, patiëntvoorkeuren, wetenschappelijke onderbouwing, kosten) en op de reguliere handelswijze van de werkplek (ervaring, gewoonte). De uiteindelijke beslissing wordt niet altijd gearticuleerd en het onderscheid tussen de verschillende overwegingen wordt veelal niet besproken. Wanneer een AIO in aanraking komt met doelmatigheids-overwegingen is er geen duidelijk plan van aanpak. Strategieën voor het beantwoorden van doelmatigheidsvraagstukken zijn verschillend; bijvoorbeeld kennis-opzoeken, collega's vragen, supervisor vragen, gedrag kopiëren, of het uitstellen van een beslissing. De keuze voor een strategie wordt onder andere bepaald door de complexiteit van het vraagstuk en enkele externe factoren (tijdsdruk, supervisor, ervaring en timing). AIOs motiveren het antwoord gebaseerd op eigen ervaring, voorkeur van de supervisor en hun eigen beschouwing van geobserveerde keuzemomenten van de groepsbespreking.

Discussie

Hoe AIOs omgaan met doelmatigheid op de werkplek wordt sterk beïnvloed door het proces van socialisatie en de afwezigheid van structurele benadering en uitvoering van beslissingen van doelmatigheidsvraagstukken. AIOs nemen de benadering van doelmatigheidsvraagstukken over van de werkplek waar zij hun opleiding volgen. Aandacht voor de cultuur van de werkplek is daarom een belangrijk aangrijppunt voor onderwijskundige ondersteuning. De resultaten geven tevens inzicht in enkele bekende facetten van het leerproces op de werkplek in relatie met doelmatigheid (modelling, scaffolding, coaching etc.) (2). Structuur in de bespreking van doelmatigheidsdilemma's (bijvoorbeeld door middel van een samenvatting en actie-lijst) zou het leerrendement kunnen vergroten. Daarnaast kan transparantie en articulatie ten aanzien van het klinisch redeneren (welke argumenten spelen een rol) van supervisors de AIOs inzicht bieden in de omgang met doelmatigheidsvraagstukken. Supervisors kunnen daarnaast helpen in het kritisch beoordelen van de redenering van de AIOs en ze coachen in het ontwikkelen van hun eigen stijl.

Referenties

- 1 Stammen, L.A., Stalmeijer, R.E., Paternotte, E., Pool, A.O., Driessen, E.W., Scheele, F., & Stassen, L.P. (2015). Training physicians to provide high-value, cost-conscious care: a systematic review. *Jama*, 314(22), 2384-2400.
- 2 Stalmeijer, R. E. (2015). When I say... cognitive apprenticeship. *Medical education*, 49(4), 355-356.

Trefwoord: Medical education: Postgraduate education, Learning outcomes: Reflection / Critical thinking / decision-making / clinical reasoning, Curriculum: Education environment

Wijze van presentatie: Onderzoekspaper

Patiëntveiligheid leren in de vervolgopleiding: Balanceren tussen mores en checklists

Bressers G^{1,4}, Wallenburg I², Stalmeijer R¹, Oude Egbrink M¹, Lombarts K³

¹Universiteit Maastricht, ²Erasmus universiteit, ³Amsterdam UMC, loc. AMC

Probleemstelling

Aandacht voor patiëntveiligheid is essentieel binnen de medisch specialistische vervolgopleiding evenals gezondheidszorg in het algemeen. Waar vroeger de opleiding van artsen (aios) gekenmerkt werd door een langdurig socialisatieproces binnen de klinische praktijk is er in de afgelopen jaren een meer 'gestandaardiseerde' of systeembenadering van opleiden van aios opgekomen (o.a. CanMEDS) (1). Recentelijk wezen sociologen al op de potentieel negatieve neveneffecten van deze systeembenadering voor zowel opleiden als mede in patiëntveilig handelen in het algemeen (o.a. checklists). De klinische praktijk is doordrenkt met onzekerheden bijvoorbeeld in het leveren van veilige zorg voor patiënten. De huidige systeembenadering is mogelijk in conflict met het leren omgaan met onzekerheid (1). Onderzoeksvraag: Hoe wordt patiëntveiligheid uitgedragen en uitgeoefend binnen de medisch specialistische vervolgopleiding, in het licht van Habermas systeem en leefwereld?

Methode

Deze etnografische studie bouwt voort op 200+ uur niet-participerende observaties en informele interviews. De observaties vonden plaats in een academisch ziekenhuis binnen de specialismen anesthesiologie en spoedeisende geneeskunde. Participanten (supervisors & aios) zijn purposive geselecteerd. Data verzameling en analyse omvatten een iteratief proces van open coderen, nieuwe data verzamelen, thematisch coderen tot consensus werd bereikt. De data-analyse werd mede geïnformeerd door de concepten van Habermas 'systeem' (o.a. administratieve verantwoordelijkheden) en 'leefwereld' (o.a. gedeelde waarden) (2).

Resultaten

Patiëntveiligheid en de rol van veiligheidssystemen veranderen van waarde voor aios gedurende de opleiding. Uit onze data-analyse hebben we drie thema's geconstrueerd: Grip Krijgen op, Om veiligheidssystemen heen werken, Meester maken. In het begin van de opleiding zijn aios vooral gefocust op het Grip Krijgen op de dagelijkse praktijk. Hier zien we dat aios vooral vertrouwen op het systeem en op hiërarchisch niet bedreigende collega's. In deze fase lijkt patiëntveiligheid voor aios een abstract concept. Wanneer aios zich verder ontwikkelen, zien we hen afwegingen maken omtrent het gebruik van systemen. Afwegingen worden ingegeven door hun drang te socialiseren: patiëntveiligheid wordt normatief. Tegen het einde van de opleiding kan de aios meer onderbouwde keuzes maken omtrent patiëntenzorg en systemen. In deze fase wordt patiëntveiligheid een geïnternaliseerde praktijk.

Discussie

Aios stoppen geleidelijk met het leunen op systemen. Waar systemen eerst als levenslijn gezien worden, worden deze later een belemmering waar aios omheen 'moeten' werken ten bate van de patiëntveiligheid. Echter naarmate de aios de complexiteit en onzekerheid van de klinische praktijk beginnen te overzien, worden veiligheidssystemen een constructief hulpmiddel. Het is wenselijk wanneer supervisor eigen overwegingen t.o.v. veiligheidssystemen naar aios toe expliciteren. Door dit te doen, helpt het aios om te navigeren en balanceren tussen mores en systemen binnen de complexiteit van de dagelijkse praktijk.

Referenties

- 1 Szymczak J.E. & Bosk C.L. (2012). Training for Efficiency: Work, Time, and Systems-Based Practice in Medical Residency. *Journal of Health and Social Behavior*, 53 (3), 344 – 358.
- 2 Habermas, J. (1987). *Theory of communicative action volume 2, Lifeworld and System: A critique of Functionalist reason*. Beacon Press: Boston.

Trefwoord: Medical education: Postgraduate education, Teaching & learning: Clinical context, Research in medical education: All

Wijze van presentatie: Onderzoekspaper

Draaisma E¹, Bekhof J², Langenhorst VJ², Brand PLP²

¹UMC Groningen, ²Isala

Probleemstelling

Onderwijs in evidence-based medicine (EBM) aan artsen wordt doorgaans gegeven in de vorm van eenmalige cursussen. EBM-onderwijs moet behalve kennis ook attitude en toepassing van EBM in de praktijk verbeteren, en daarvoor zijn cursussen onvoldoende. Het is onbekend welke onderwijsvorm leidt tot verbetering van EBM-attitude en -gedrag.

Deze studie is gebaseerd op Ericsson's theorie van deliberate practice, die stelt dat complexe vaardigheden het beste worden geleerd door systematische oefening en feedback.(1) De theorie is gebruikt voor het bestuderen van leren van medische taken zoals diagnostische accuratesse en chirurgische vaardigheden,(2) maar is niet eerder toegepast op het leren van EBM-vaardigheden. Wij veronderstelden dat leren van EBM door deliberate practice, vergeleken met een eenmalige cursus, leidt tot een positievere attitude en meer toepassing van EBM in de praktijk.

Methode

Uit een retrospectief cohort van arts-assistenten en kinderartsen die in 2006 of later met de opleiding kindergeneeskunde in de regio Noord-Oost begonnen, vormden we twee groepen. De interventiegroep bestond uit deelnemers die EBM leerden door deliberate practice. Hiertoe behoorden zij die minimaal een jaar op de kinderafdeling van Isala (Zwolle) hadden gewerkt. Deze afdeling is de enige in de opleidingsregio waar EBM wordt onderwezen volgens de principes van deliberate practice.(3) Daarnaast bestond de interventiegroep uit gepromoveerde collega's, die ook werden verondersteld systematisch te hebben geoefend met het zoeken, beoordelen en toepassen van onderzoeksgegevens. De controlegroep bestond uit niet-gepromoveerden die niet in Isala hadden gewerkt. Zij hadden alleen een verplichte eenmalige EBM-cursus gevolgd. Het primaire meetinstrument was de evidence-based practice inventory (EBPi), die EBM-attitude en -gedrag meet in vijf verschillende dimensies (zelfrapportage).

Resultaten (en conclusie)

50/62 potentiële deelnemers (81%) vulden de EBPI in. Vergeleken met de controlegroep (n=20) scoorde de deliberate practice-groep (n=30) hoger op de dimensies 'ervaren bekwaamheid in EBM-gedrag' (p=0.000) en 'besluitvorming' (p=0.047). In een subanalyse vergeleken we gepromoveerde en niet-gepromoveerde deelnemers, waarbij we dezelfde verschillen zagen. Tussen ex-Zwolse medewerkers en overige deelnemers bestonden geen verschillen. We concluderen dat leren van EBM door deliberate practice, vergeleken met een eenmalige cursus, leidt tot meer zelfvertrouwen in en het geven van een hogere prioriteit aan het gebruik van EBM-principes in medische besluitvorming.

Discussie

De beschreven verschillen lijken grotendeels toe te schrijven aan de gepromoveerde deelnemers. Volgens Ericsson leidt het besteden van meer tijd aan systematische oefening tot een groter leereffect. Onze resultaten zijn hiermee in overeenstemming, omdat een promotietraject langer duurt dan de tijd die arts-assistenten in Isala doorbrachten. Ons geringe aantal deelnemers maakt de power wellicht te klein om additionele verschillen aan te tonen. Daarnaast zeggen de resultaten iets over de perceptie van deelnemers, maar niet over geobserveerd gedrag.

Referenties

1 Ericsson KA. Deliberate Practice and Acquisition of Expert Performance: A General Overview. *Acad Emerg Med* 2008;15(11):988-994.

2 Ericsson KA. Deliberate practice and the acquisition and maintenance of expert performance in medicine and related domains. *Acad Med* 2004;79(10 Suppl):S70.

3 Draaisma E, Bekhof J, Langenhorst VJ, Brand PL. Implementing evidence-based medicine in a busy general hospital department: results and critical success factors. *BMJ Evidence-Based Medicine*, submitted May 2018.

Trefwoord: Medical education: Postgraduate education

Wijze van presentatie: Onderzoekspaper

MasterMindsChallenge: dé uitdaging voor master studenten

Beaufort AJ de, Jeeninga IL, Sijtsema M, Velzen M van
LUMC

Context/probleemstelling of aanleiding

In jaar 3 van de master geneeskunde LUMC is in 2017, als onderdeel van de curriculumherziening, de MasterMindsChallenge (MMC) van start gegaan. De MMC is een interprofessionele design thinking sessie ('hackathon') die studenten uitdaagt een innovatieve oplossing voor een zorggerelateerd probleem te vinden. Een interprofessionele commissie bestaand uit (bio)medici, een verpleegkundige en een apotheker toetst vooraf de haalbaarheid van het in te brengen probleem.

Beschrijving van de interventie/innovatie

De MMC start met een korte introductie over 'hoe doe je design thinking?'. Daarna volgt de presentatie van het probleem door de probleemeigenaar. Vervolgens gaan de studenten gedurende 2 dagen in teams van ongeveer 6 personen op zoek naar een oplossing voor het probleem. Hierbij maken ze gebruik van hun eigen creativiteit en netwerkmogelijkheden. Aan het einde van de tweede dag 'pitchen' de teams hun oplossing in 5 minuten presentaties. De probleemeigenaar gaat met de meest haalbare oplossingen op de werkvloer aan de slag.

Tot nu zijn er 3 MMChallenges geweest. Negen teams hebben deelgenomen. De ingebrachte problemen waren (1) 'het inbrengen van PICC-lines (peripherally inserted central catheters, eigenaar: anesthesioloog), dubbele medicatie controle op de IC (eigenaar: IC verpleegkundig manager) en (3) ontslagvertraging op de verpleegafdeling oncologie, eigenaar verpleegkundig expert).

Ervaringen/analyse van de implementatie

Alle 3 de MMC hebben oplossingen opgeleverd die op de werkvloer tot aanpassingen van werkwijze/ beleid hebben geleid. Voorbeelden hiervan zijn formulieren in het elektronisch patiënten dossier, trainingen, folders en e-learnings voor personeel, en een mobiele applicatie met webcam functie om interactie op afstand te vergemakkelijken.

Lessons learned (implicaties voor de praktijk)

De MMC is een werkvorm die studenten uitdaagt in korte tijd een oplossing voor de actueel zorgprobleem te (helpen) vinden. Tot nu blijken de gevonden oplossingen in de praktijk toepasbaar. Studenten geven aan 'nog nooit zo te zijn uitgedaagd', 'we krijgen een echt probleem waar (nog) geen oplossing voor is'.

Door de verschillen in curriculaire programma's is het samenstellen van interprofessionele teams nog onvoldoende geëffectueerd.

Referenties

1 Basil Badwan, Roshit Bothara, Mieke Latijnhouwers, Alisdair Smithies & John Sandars (2017): The importance of design thinking in medical education, Medical Teacher, DOI: 10.1080/0142159X.2017.1399203

Trefwoord: Curriculum: General, Learning outcomes: Reflection / Critical thinking / decision-making / clinical reasoning, Teaching & learning: Study skills Teaching & learning: Team-based learning

Wijze van presentatie: Praktijkpaper

Studenten organiseren een grootschalige onderwijsweek - omgaan met vrijheid en verantwoordelijkheid

Olthuis GJ, Oerlemans AJM, Vorstenbosch M, Darai A, Damhuis R, Wijnhoven LMA, Schouwenberg BJJW, Tanck E
Radboudumc

Context/probleemstelling of aanleiding

In het Nijmeegse bachelorcurriculum doorlopen studenten Geneeskunde (GNK) en Biomedische wetenschappen (BMW) de eerste 1,5 jaar grotendeels een gezamenlijk programma. Om de integratie tussen de verschillende jaarlagen en studierichtingen in de bachelor te bevorderen, sluiten we het academisch jaar af met een grootschalige onderwijsweek: de Radboud Student Conference (RSC). De RSC omvat vijf dagen en wordt georganiseerd door een groep van ongeveer 8 eerste- en tweedejaars studenten GNK en BMW. Drie docenten en enkele ervaren student-assistenten ondersteunen en begeleiden hen daarbij. In dit abstract beschrijven we hoe studenten het organiseren ervaren en wat ze ervan geleerd hebben.

Beschrijving van de interventie/innovatie

De studenten worden geselecteerd na een motivatiebrief en een kort sollicitatiegesprek. Bij goed gevolg verdienen zij hiermee 3 EC aan studiepunten als onderdeel van hun vrijekeuzeruimte. Het programma van de RSC behelst in grote lijnen de presentatie en beoordeling van innovatie- (alle 1e jaars) en wetenschappelijke (2e jaars) projecten, een congresdag voor derdejaars studenten, een feestavond, een faculteitsdag (sport, rondleidingen) en een generatiedag waarop eerstejaars met hun ouders welkom zijn en een aantal studenten ook zelf colleges verzorgt.

We hielden vier focusgroepinterviews met studenten om hun ervaringen met het organiseren van de RSC in kaart te brengen. Deelnemers waren (delen van) de groepen die de RSC van 2016, 2017 en 2018 organiseerden. De groep van 2018 interviewden we tweemaal, aan het begin van het organisatieproces en na afloop van de RSC.

Ervaringen/analyse van de implementatie

Een eerste analyse van de getranscribeerde interviews bracht vier belangrijke thema's naar voren: 1) de variatie in motivatie om mee te willen organiseren, 2) de vrijheid die studenten krijgen om de RSC te organiseren en de verantwoordelijkheid die dat met zich meebrengt, 3) de betekenis van samenwerken met zowel peers als docenten, en 4) wat organiseren bijdraagt aan persoonlijke ontwikkeling.

Lessons learned (implicaties voor de praktijk)

Er springen op basis van de analyse twee geleerde lessen uit. Allereerst bevestigt het organiseren van de RSC door studenten het belang van leren via de 'zone van naaste ontwikkeling'.¹ Hierbij krijgen studenten een taak die te moeilijk is om alleen te doen, maar eenvoudig genoeg om met enige hulp te voltooien. Het aangeven van het speelveld door docenten lijkt daarbij onontbeerlijk. Zoals een student het uitdrukte: 'We hadden [...] geen kaders en dat was best lastig'. Ten tweede het belang van een georganiseerde debriefing. Na de RSC vinden nog individuele beoordelingsgesprekken plaats, maar er is ook behoefte aan een gezamenlijke terugblik op het organisatieproces en de RSC zelf.

Referenties

1 Wass R, Golding C. *Teaching in Higher Education* 2014;19(6):671-684.

Trefwoord: Learning outcomes: Professionalism / attitude / ethics, Learning outcomes: Teamwork, Teaching & learning: Collaborative/peer-to-peer

Wijze van presentatie: Praktijkpaper

De Rode Draad Casus: een methode om uiteenlopende onderwerpen te verbinden en studenten te enthousiasmeren voor zelfstudie

Holla M, Schmitz M, Hannink G, Tanck E
Radboudumc

Context/probleemstelling of aanleiding

Bij de curriculumvernieuwing van de bachelorstudie geneeskunde van het Radboudumc worden eindtermen uit het raamplan geneeskunde veelal gegroepeerd binnen een bepaald thema of orgaansysteem. Er blijven echter ook onderwerpen over die bij een eerste beschouwing geen logisch inhoudelijk verband met elkaar hebben. Zo worden uiteenlopende onderwerpen als fractuurleer, antistolling, shock, pijnbestrijding, thrombo-embolische processen en endocriene ossale pathologie in één module van twee weken behandeld. Door de inhoudelijke diversiteit van leerdoelen kan de student het overzicht verliezen, de relevantie voor de praktijk moeilijker inschatten en gedemotiveerd raken.

Beschrijving van de interventie/innovatie

Om dit probleem op te lossen hebben we gebruik gemaakt van een “rode draad casus”. Een vorm van case-based learning waarmee we de diverse onderwerpen samenhangend kunnen presenteren.¹ Tijdens de module ontvangen de derdejaars geneeskunde studenten gedurende twee weken, iedere ochtend een email. Hierin wordt chronologisch het waargebeurde verhaal beschreven van een jonge patiënt met meerdere letsels na een auto-ongeval, geïllustreerd met foto's en beeldvormend onderzoek. Hiermee worden de diverse leerdoelen gekoppeld aan een echte patiënt en ontstaat er een zichtbaar logisch verband. Bij iedere mail worden tevens formatieve studievragen gesteld die de studenten stimuleren om de eerder gestelde leerdoelen te behalen. Daarnaast is er een interactieve e-learning met foto's van de rode draad casus. De module wordt afgesloten met een integratieve toets opdracht voor kleine groepen studenten, waarna een persoonlijke videoboodschap gericht aan de studenten van de betreffende patiënt getoond.

Ervaringen/analyse van de implementatie

Uit evaluaties gehouden onder de studenten, blijkt dat studenten deze nieuwe presentatie van leerdoelen met behulp van een “rode draad casus”, als een originele en leerzame manier van onderwijs ervaren. De leerstof wordt met behulp van de rode draad casus als samenhangend en relevant beoordeeld. De afsluitende videoboodschap waarin het verhaal nogmaals verteld wordt door de patiënt zelf, geeft de student een persoonlijke ervaring en stimuleert verdere studie.

Lessons learned (implicaties voor de praktijk)

Met onze ervaring met de rode draad casus willen we andere onderwijscoördinatoren inspireren om op het oog niet samenhangende onderwerpen te verbinden met een dagelijks doorlopend verhaal van een realistische casus. Dit kan leiden tot een betere structuur van de leerdoelen voor studenten. Gebruik van dagelijkse email, digitale foto's, e-learning modules en een afsluitende persoonlijke video van de patiënt, leidt tot inzicht in de relevantie van de onderwerpen voor de student, met minimale belasting voor de patiënt en docent.

Referenties

1 https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Dickinson%20BL%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=29357269 et al. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29357269> 2018;42(1):118-122

Trefwoord: Teaching & learning: Learning styles/theory/instructional design, Education Management: Change, Students/Trainees: General

Wijze van presentatie: Praktijkpapier

De ontwikkeling van een Clinical Teaching Unit voor klinisch onderwijs volgens Self-Determination Theory principes

Hamoen EC, Blankenstein FM van, Ray A, Jong PGM de, Reinders MEJ
LUMC

Context/probleemstelling of aanleiding

Verschillende uitdagingen in de klinische leeromgeving waaronder tijdsdruk en complexiteit van patiëntenproblematiek leiden ertoe dat het leren in deze omgeving vaak suboptimaal is. Hier beschrijven wij de ontwikkeling van een Clinical Teaching Unit (CTU) op de verpleegafdeling Interne Geneeskunde van het LUMC waar naast patiëntenzorg het onderwijs een centrale rol heeft voor coassistenten, artsen in opleiding en verpleegkundigen.

Beschrijving van de interventie/innovatie

De CTU is ingericht volgens principes van de Self-Determination Theory (SDT), waarmee gevoelens van autonomie, competentie en sociale verbondenheid worden bevorderd. De autonomie wordt gestimuleerd door coassistenten en artsen (in opleiding) veel keuzevrijheid te geven over de inhoud van het onderwijs. Een team van vaste, toegewijde internist-docenten is zichtbaar op de afdeling en zij introduceren de jonge dokters in het zorgproces. De docenten hebben tijd voor observatiemomenten bij artsen in opleiding, onderwijs en toetsing. Zij helpen ook de coassistenten en stimuleren hen middels peer feedback elkaar te helpen en de sociale verbondenheid te verhogen. Tijdens teaching visits lopen coassistenten geobserveerd visite bij een eigen patiënt, waarbij zij zelf besluiten welke vaardigheid zij willen oefenen om gevoelens van competentie te bevorderen. Er is onderwijs van artsen aan verpleegkundigen middels klinische lessen en onderwijs van verpleging aan artsen over verrichtingen waardoor competenties in alle richtingen getraind worden. Er is tevens een multidisciplinaire grote visite waarin artsen van verschillende deelspecialismen een patiënt naar keuze inbrengen wat interprofessioneel leren, samenwerking en onderlinge verbondenheid stimuleert.

Ervaringen/analyse van de implementatie

De veranderingen op de CTU hebben ertoe geleid dat competenties beter worden aangeleerd en dat er meer ruimte is voor individuele opleiding en voor herkenning van hiaten en talent. Intensievere begeleiding van coassistenten binnen het zorgproces heeft geleid tot toegenomen participatie. Samenwerking tussen de verschillende deelspecialismen heeft bijgedragen aan ontschotting van de zorg en aan sociale verbondenheid waardoor de samenwerking en communicatie tussen verpleegkundigen en artsen laagdrempeliger is geworden. Dit alles is de afdelingscultuur ten goede gekomen.

Lessons learned (implicaties voor de praktijk)

Wij hebben een CTU geïmplementeerd op een verpleegafdeling Interne Geneeskunde waarbij gebruik is gemaakt van de SDT om aanpassingen op de werkplaats te bewerkstelligen. Dit voorbeeld toont dat onderwijsprofessionalisering mogelijk is op een op een afdeling waar tevens patiëntenzorg centraal staat. Het blijkt verder dat een betere onderwijscultuur ook de communicatie en samenwerking verbetert tussen degenen die op de afdeling werkzaam zijn.

Referenties

- 1 Ryan, R.M. & Deci, E.L. (2000). Self-Determination Theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development, and well-being. *American Psychologist*, 55 (1), 68-78.
- 2 Kusarkar, R.A., Croiset, G. & Ten Cate, T.J. (2011). Twelve tips to stimulate intrinsic motivation in students through autonomy-supportive classroom teaching derived from self-determination theory. *Medical Teacher*, 33(12), 978-782.

Trefwoord: Teaching & learning: Clinical context, Medical education: Undergraduate education, Teaching & learning: Theories of education

Wijze van presentatie: Praktijkpaper

Professionals die deugen. Innovatieve deugdedithische vorming als onderdeel van professionaliseringsonderwijs

Kole JJ

Radboudumc

Context/probleemstelling of aanleiding

Om een goede arts te kunnen worden, zul je bepaalde goede karaktertrekken (deugden) moeten ontwikkelen. Wie, als arts, uit het goede hout is gesneden zal in allerlei situaties, telkens opnieuw kunnen beoordelen wat te doen om goed te doen, over de juiste houding beschikken om gemotiveerd te zijn tot goed handelen, en ook in staat zijn de daad bij het woord te voegen.

Het wordt algemeen erkend in de 'medische ethiek' en 'filosofie van de geneeskunde' dat deugden (en deugdedithiek) van groot belang zijn voor de vorming van (jonge) mensen tot professionele artsen. Desondanks wordt in het professionaliserings-onderwijs aan geneeskunde-studenten nauwelijks expliciet aandacht besteed aan deugden en deugdvorming. Dit is een gemiste kans. Met de werkgroep die we hier presenteren, zetten we een stap om die kans te benutten.

Beschrijving van de interventie/innovatie

Voor derde jaars geneeskunde-studenten werd deugdedithisch onderwijs in de vorm van twee uur zelfstudie en twee uur werkgroep 'professioneel-morele houding' ontwikkeld. Studenten werden via dit onderwijs uitgedaagd in termen van deugden kritisch na te denken over houding en handelen van zichzelf en van anderen (rolmodellen) tijdens de student-meets-patiënt contacten die ze eerder hebben gehad. Tijdens de werkgroep werd gereflecteerd op fragmenten uit zogenaamde 'medical comics' maar ook aan de hand van schetsen van betekenisvolle situaties die studenten zelf hadden meegemaakt.

Ervaringen/analyse van de implementatie

Studenten ervoeren de deugdedithische reflectie op hun eigen houding en handelen als een verrijking en verdieping van hun professionaliseringstraject en als een relevante aanvulling op hun medische ethiekonderwijs.

Lessons learned (implicaties voor de praktijk)

Deugdedithische vorming zou medische professionalisering kunnen versterken.

Referenties

- 1 Pellegrino, E. D. (1985). The Virtuous Physician, and the Ethics of Medicine. In E. E. Shelp (Ed.), *Virtue and Medicine: Explorations in the Character of Medicine* (pp. 237–255). Dordrecht: Springer Netherlands. https://doi.org/10.1007/978-94-009-5229-4_12
- 2 Bain, L. E. (2018). Revisiting the need for virtue in medical practice: a reflection upon the teaching of Edmund Pellegrino. *Philosophy, Ethics, and Humanities in Medicine*, 13, 4. <https://doi.org/10.1186/s13010-018-0057-0>

Trefwoord: Curriculum: Student-centred, Learning outcomes: Professionalism / attitude / ethics, Learning outcomes: Reflection / Critical thinking / decision-making / clinical reasoning

Wijze van presentatie: Praktijkpaper

Analyse van de argumentaties van studenten voor tekort in rapport professionele houding

Deketelaere AMM, Fourné I, Ryckaert P
KU Leuven

Context/probleemstelling of aanleiding

Professioneel gedrag tijdens de opleiding zou een voorspeller zijn voor het later professioneel handelen (Papadakis, et al. 2005). Eén belangrijk onderdeel van dit professioneel gedrag is het in orde zijn met (administratieve) taken en deadlines (Van Mook, et al. 2009). Gedurende de bacheloropleiding geneeskunde wordt (a.h.v. een online omgeving) dit administratief in orde zijn eenvoudig bijgehouden. Op het einde van de 3de bachelor registreert de faculteit het aantal tekorten in een "rapport professionele houding" (RPH). Dit telt mee als een virtueel station "professioneel gedrag" tijdens de stationsproef. Het is dus mogelijk dat een tekort op dit virtueel station RPH het kantelpunt vormt voor het al dan niet slagen in de stationsproef.

Beschrijving van de interventie/innovatie

De 44 studenten (N:380; = 12%) die een tekort behaalden op hun RPH werd gevraagd hierover te reflecteren vanuit de volgende vragen: verklaar waarom je niet in orde bent? Noteer hoe je hieraan kunt werken om gelijkaardig tekort in de toekomst te vermijden? Geef het belang aan van het wel in orde zijn met RPH als toekomstig arts.

Ervaringen/analyse van de implementatie

36 studenten (36/44 = 82%) hebben de reflectie gemaakt en tijdig ingediend, waaronder alle studenten die geslaagd waren voor de stationsproef. Van de 8 studenten die de reflectie niet gemaakt hebben, hebben er 7 ook in tweede zitting niet deelgenomen aan de stationsproef, wat een mogelijke verklaring kan zijn voor het niet maken van deze opdracht.

29 studenten (29/36=83%) legden de oorzaak bij zichzelf (o.a. slordigheid, uitstelgedrag, ...) en trokken de conclusie dat ze meer verantwoordelijkheid voor hun leren moeten nemen. De studenten die extern attribueerden legden de oorzaak bij: gebrek aan transparantie bij de communicatie van de faculteit en een falend online registratiesysteem. Er konden 5 patronen vastgesteld worden in de argumentaties van studenten voor hun tekort (fair, empathisch, perfectionistisch, deterministisch, ongenaakbaar). Studenten gaven ook concrete acties aan om dit tekort naar de toekomst toe te vermijden.

Lessons learned (implicaties voor de praktijk)

Ondanks het feit dat er geen "sanctie" stond op het niet maken van de reflectie, bleken studenten toch de reflectie te maken, en dit meestal op een ernstige manier.

We kregen een fijnmaziger beeld in de oorzaken voor tekortkomingen in professioneel gedrag bij studenten, wat ons in staat stelt om hier beter op te reageren, bv. tijdens introductiesessies en individuele opvolgtrajecten.

Referenties

- 1 Papadakis, M.A., Teherani, A., Banach, M.A., Knettler, T.H., Rattner S.L., Stern, D.T., Veloski, J., Hodgson, C.S. (2005) Disciplinary Action by Medical Boards and Prior Behavior in Medical School. *The New Journal of Medicine*. 353:25.
- 2 Van Mook W.N.K.A., Van Luijk S.J., Van der Vleuten, C.P.M. (2009) Professioneel gedrag in de opleiding geneeskunde. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*. 153:A542

Trefwoord: Learning outcomes: Professionalism / attitude / ethics, Medical education: Undergraduate education, Students/Trainees: Student support and counselling

Wijze van presentatie: Praktijkpaper

Aanspreekgedrag bij onprofessionaliteit onder geneeskundestudenten

Janssen DMJ, Abdelmoumen A, Bontje W, Graaf L de
De Geneeskundestudent

Context/probleemstelling of aanleiding

Het aanspreekgedrag onder geneeskundestudenten is in 2013 door De Geneeskundestudent (DG) geëvalueerd middels een jaarlijkse landelijke enquête (1). Hieruit bleek een minderheid van de coassistenten elkaar aan te spreken op onprofessioneel gedrag. Naar aanleiding hiervan is in 2016 door DG een handreiking opgesteld, waarin handvaten worden geboden aan geneeskundestudenten voor alledaagse situaties binnen de geneeskunde omtrent professioneel gedrag (2). Het doel van dit onderzoek is om het aanspreekgedrag te evalueren en te vergelijken met de resultaten ten opzichte van 2013 en om te zien of er verbetering is opgetreden. Daarnaast is geanalyseerd of studenten weten waar ze eventueel onprofessioneel gedrag kunnen melden.

Beschrijving van de interventie/innovatie

In de jaarlijkse enquête van DG zijn 18 vragen over het aanspreek- en professioneel gedrag van geneeskundestudenten opgenomen. De enquête is naar alle leden van DG verstuurd. Hiervan hebben in totaal 3007 studenten de enquête ingevuld. In deze vragen zijn aan studenten vier hypothetische onprofessionele situaties voorgelegd en is gevraagd hoe zij hierbij zouden handelen. Vervolgens zijn de resultaten vergeleken met de resultaten uit de enquête van 2013.

Ervaringen/analyse van de implementatie

Het aanspreekgedrag bij de verschillende hypothetische situaties neemt per studiejaar af naarmate studenten verder in hun studie zijn. Dit patroon werd ook gezien in 2013. Een derde van alle studenten geeft aan dat studenten die onacceptabel gedrag vertonen niet voldoende worden aangepakt/gesignaleerd door de medische faculteiten. Daarnaast valt op dat 23,7% van alle studenten niet weet waar zij terecht kunnen bij een dergelijke situatie.

Lessons learned (implicaties voor de praktijk)

Overeenkomstig met de resultaten uit 2013 is er een afname van aanspreekgedrag naarmate de studenten verder in hun studie komen. Er dient daarom extra aandacht te worden besteed aan aanspreekgedrag in het curriculum, met name aan het eind van de studie. Opvallend is dat één derde van de studenten aangeeft dat onprofessioneel gedrag van medestudenten niet goed aangepakt en signaleerd wordt vanuit de opleiding. Dit baart zorgen omdat dit gedrag ook invloed kan hebben op patiëntenzorg. Het is daarom belangrijk dat er nagedacht wordt hoe deze studenten opgemerkt kunnen worden vanuit de faculteit. Tot slot geeft meer dan 1 op de 5 studenten aan niet te weten waar ze terecht kunnen om onprofessioneel gedrag te melden. Dit vraagt om een verbetering in de informatievoorziening voor studenten over het meldpunt van onprofessioneel gedrag.

Referenties

- 1 Onderzoeksrapport Commissie Aanspreekgedrag, KNMG Studentenplatform.
- 2 Handreiking professioneel gedrag: Ter ondersteuning voor de geneeskundestudenten. Kimberley Anneveldt, 2016.

Trefwoord: Learning outcomes: Communication skills, Learning outcomes: Leadership skills,
Assessment: Feedback

Wijze van presentatie: Praktijkpaper

Damen J, Velden A van der, Spierenburg E, Visser M
Erasmus MC

Context/probleemstelling of aanleiding

De afgelopen jaren is er in het Erasmus MC toenemend aandacht voor het professionele gedrag (PG) van onze studenten in de bachelor Geneeskunde. Een van de uitdagingen is om van alle individuele studenten in beeld te krijgen hoe zij zich professioneel ontwikkelen. Eén van de mogelijkheden hiervoor is om het professioneel gedrag (PG) expliciet te beoordelen op een toets moment. Tijdens de stationtoets is het een enkele keer voorgekomen dat een student slaagt, terwijl meerdere beoordelaars twijfelden aan het PG. Deze twijfel kwam pas tijdens later overleg ter sprake. Daarom hebben we in 2017 een pilot gehouden waarin beoordelaars een expliciete beoordeling hebben gegeven van het professioneel gedrag, om te kunnen evalueren hoe vaak die twijfel aan PG voorkomt, en wat deze twijfel inhoudt.

Beschrijving van de interventie/innovatie

Tijdens de stationtoets in mei 2017 hebben 26 docenten bij 361 studenten op 6 stations van de stationtoets een beoordeling gegeven op het PG. Op het moment dat er een onvoldoende of twijfel beoordeling op het PG gegeven werd moest er een reden worden ingevuld. Omdat het een pilot betrof hebben we de beoordeling op PG niet mee laten tellen in de eindbeoordeling. Deze beoordeling hebben JD en ES exploratief onderzocht. Ook is de relatie bekeken tussen een onvoldoende/twijfel beoordeling voor PG en de slagingskans voor de stationtoets in het geheel.

Ervaringen/analyse van de implementatie

Bij 79 studenten is het PG met een twijfel of onvoldoende beoordeeld. Na het doorlezen van de opmerkingen bleek het in 20 van deze beoordelingen niet te gaan over PG: in 5 gevallen betrof het een ander beoordelingsitem, bijvoorbeeld hygiëne of gespreksvaardigheden. Bij 15 beoordelingen ging het over nervositeit, welke we niet hebben geclassificeerd als PG. Bij 53 studenten werd er op één station het PG met een twijfel of onvoldoende beoordeeld. Bij 6 studenten werden er bij minimaal 2 stations het PG met een twijfel of onvoldoende beoordeeld. In het hele cohort was het slagingspercentage 81,2 %. Bij de 53 studenten met één onvoldoende/twijfel beoordeling op het PG was het slagingspercentage 69,9%, bij de 6 studenten met meer dan één onvoldoende/twijfel bij de beoordeling van PG was het slagingspercentage 17%.

Lessons learned (implicaties voor de praktijk)

Bij de studenten die een opmerking op één of meerdere stations kregen op hun PG, zijn de slagingspercentages lager. Beoordelaars hebben heldere instructies nodig over wat wel of niet PG is. Voor 2018 hebben we een voorlopige handreiking opgesteld voor de beoordeling van het PG op de toets. Ook willen we dit jaar in gesprek gaan met de studenten die onvoldoende/twijfel voor PG hebben gekregen.

Trefwoord: Assessment: General

Wijze van presentatie: Praktijkpaper

Communicatie- en scholingsbehoeften rondom end of life gesprekken. Een intensive care studie onder verpleegkundigen, AIOS, fellows en stafleden

Vandercappellen EJ, Hillege LE, Pragt E, Gorter SL, Eertwegh VPM van den, Strauch U, Franssen LHJ, Amkreutz JMJ, Brandts AJM, Beuken-van Everdingen MHJ van den MUMC+

Context/probleemstelling of aanleiding

In de academische ziekenhuizen in Nederland overlijdt ongeveer 10% van alle IC-patiënten, electieve en niet-electieve, op de IC. In de perifere ziekenhuizen is dit ongeveer 7.3%. Goede end-of-life care is essentieel. Echter, management en de gespreksvoering hiervan worden als moeilijk ervaren.

Beschrijving van de interventie/innovatie

Door middel van vier focusgroep-interviews werden de volgende onderwerpen besproken: hoe ziet een goed gesprek eruit, welke moeilijkheden kom je tegen bij het voeren van een goed gesprek en op welke manier zou je ondersteuning willen krijgen? De focusgroepen werden geleid door twee onderzoekers met ervaring in het begeleiden van focusgroepen. Na het transcriberen van de interviews, werd analyse verricht gebruikmakend van kwalitatieve data-analyse software (Atlas.ti), volgens de algemene principes van primair, secundair en tertiair coderen. De transcripten werden vervolgens in de onderzoeksgroep besproken tot er een consensus in codering werd bereikt. De resultaten binnen de verschillende groepen werden vergeleken. Er werden drie thema's gevonden: vereisten, moeilijkheden en ondersteuning bij een goed gesprek.

Ervaringen/analyse van de implementatie

Een goed end-of-life care gesprek kan opgedeeld worden in 4 fasen: voorbereiding, gesprek, nabespreking en educatie. De voorbereidingsfase werd als de belangrijkste factor ervaren voor het welslagen. Hierbij moet zowel aandacht zijn voor de inhoud van het gesprek (met artsen, verpleegkundigen, familie en patiënt), waarbij de rolverdeling belangrijk is, als voor de praktische organisatie (infrastructuur, logistiek, schriftelijke verslaglegging). Wanneer er aandacht en tijd wordt besteed aan de voorbereiding en er voldoende afstemming heeft plaatsgevonden, ervaren de artsen het voeren van een end-of-life care gesprek als minder moeilijk.

Tijdens het gesprek is het van belang dat de boodschap duidelijk en met empathie wordt gebracht, dat er ruimte is voor de emoties van de familie door bijvoorbeeld het inzetten van stilte momenten in het gesprek. Dit kwam in alle focusgroepen terug maar werd vooral door de fellows en verpleegkundigen meerdere malen benoemd.

Een nabespreking tussen artsen en verpleegkundigen wordt als positief ervaren en er kan feedback worden gegeven over de communicatie. De schriftelijke verslaglegging van het gesprek is belangrijk. Bij de wens naar educatie wordt het blootstellen aan gesprekken en informatie over onbekende culturen genoemd. Gepersonaliseerde, werkplek geïntegreerde educatie heeft de voorkeur.

Lessons learned (implicaties voor de praktijk)

Goede voorbereiding is essentieel voor het voeren van een goed end-of-life gesprek. Hierbij ligt de nadruk op goede afstemming van de inhoud en de praktische organisatie. Er is behoefte aan geïndividualiseerde werkplek geïntegreerde educatie. Tips en tricks om dit te implementeren op de intensive care worden gedeeld tijdens de presentatie.

Referenties

1 Michalsen, A. (2018). *Variation in end-of-life care: Do we need yet another standard operating procedure?*. ICU Management & Practice, 18(1), pp.62-63.

Trefwoord: Learning outcomes: Communication skills

Wijze van presentatie: Praktijkpaper

Opleiden in doelmatige zorg op de Intensive Care

Wagenberg L van, Beurskens CJP, Vlaar APJ, Dongelmans DA, Muller MCA
Amsterdam UMC, loc. AMC

Context/probleemstelling of aanleiding

Om verstandige keuzes te kunnen maken is het essentieel dat artsen en de artsen van de toekomst kennis hebben over de kosten en uitkomsten van de behandelingen die ze aan kunnen bieden. Doelmatigheid is dan ook een van de hoofd thema's in de medische vervolgoopleidingen. In de huidige opleidingsplannen tot intensivist en van de medisch specialistische vervolgoopleidingen waarin een intensive care stage (IC) stage is opgenomen voor AIOS is hier nauwelijks expliciet aandacht voor.

Beschrijving van de interventie/innovatie

Er is een 3 maanden durend onderwijsprogramma ontwikkeld om de kennis over kosten en uitkomsten van Intensive Care zorg te vergroten. Dit onderwijsprogramma is geïntegreerd in het bestaande onderwijs aanbod en bestond uit de volgende elementen:

Wekelijkse onderwijs bijeenkomsten (flipped classroom) over uitkomsten van IC behandeling aan de hand van casuïstiek in combinatie met evidence based medicine.

Onderwijs bijeenkomsten over financiering van IC zorg, organisatie van IC zorg, het meten van uitkomsten van IC zorg en methoden om kosten te besparen.

Kosten bewustzijn vergroten via een wekelijkse quiz met vragen over kosten van geneesmiddelen en materialen.

Organisatie van een symposium over "Organisatie binnen de intensive care" met aandacht voor het gebruik van big data om IC zorg te optimaliseren.

Om het effect van de onderwijsinterventie te kunnen evalueren, hebben alle AIOS aan het begin van het project een online vragenlijst ingevuld met vignetten, om kennis over factoren die de uitkomst van een IC opname beïnvloeden te testen. Deze vragenlijst is aan het einde van het project, na 3 maanden, nogmaals ingevuld door de deelnemende AIOS.

Ervaringen/analyse van de implementatie

Het programma was makkelijk te implementeren in het standaardonderwijs en de gekozen onderwerpen kunnen opnieuw gebruikt worden voor een volgende groep AIOS. Er werd er door AIOS en fellows in de praktijk meer stilgestaan bij uitkomsten en kosten van onze dagelijkse zorg. Omdat we dit effect graag willen meten werd een vignettenstudie gedaan. Analyse naar het effect van het programma op kennis over factoren van invloed op de uitkomst van IC zorg zal gedaan worden zodra alle resultaten van de vignetten studie verzameld zijn.

Lessons learned (implicaties voor de praktijk)

Er is weinig aandacht voor kosten en uitkomsten van IC zorg in de opleiding van zowel fellows Intensive Care als de AIOS met een IC-stage. Implementatie van een onderwijsprogramma met aandacht voor deze onderwerpen werd door de AIOS en fellows positief ontvangen.

Mogelijk kunnen er nog meer resultaten worden behaald als ook de volledige opleidingsgroep betrokken wordt bij de onderwijsmomenten, zodat doelmatigheid nog meer geïntegreerd wordt in de dagelijkse praktijk.

Trefwoord: Education management: Evidence-based education, Curriculum: Case / presentation-based, Education management: Cost/finance

Wijze van presentatie: Praktijkpapier

Onderwijs Palliatieve zorg op maat in bestaande medische curricula: twee voorbeelden

Westen JH, Warmenhoven FC, Verstegen DML, Beuken-van Everdingen MHJ van den Universiteit Maastricht

Context/probleemstelling of aanleiding

In 2014 is het Nationaal Programma Palliatieve Zorg gestart. Het doel is dat mensen in hun laatste levensfase en hun naasten passende zorg en ondersteuning krijgen op de plek waar zij verblijven. Voor de geneeskunde opleidingen betekent dit dat jonge artsen die afstuderen in staat moeten zijn in goede palliatieve zorg te voorzien voor de patiënten die zij onder hun hoede krijgen. Het Pasemeco project heeft als doel om de medische faculteiten te ondersteunen om hun curriculum zodanig aan te passen dat de jonge arts voorbereid is op deze taken.

Beschrijving van de interventie/innovatie

Op basis van bestaande consensus heeft Pasemeco Entrustable Professional Activities (EPA's) opgesteld die beschrijven wat een basisarts moet kunnen op het gebied van palliatieve zorg. Curricula van Nederlandse medische faculteiten zijn onderzocht op de aanwezigheid van onderwijs palliatieve zorg. Er wordt gezocht naar mogelijkheden om onderwijs over EPA's die niet aan bod komen in te bouwen.

Bij twee vormen van onderwijs (zorgstage en klinisch redeneren) is ervaring opgedaan met het aanpassen van bestaand onderwijs om zo leerdoelen op het gebied van de palliatieve zorg te bereiken.

Ervaringen/analyse van de implementatie

Tijdens een zorgstage in het kader van de beroepsoriëntatie komen studenten geneeskunde in contact met chronisch zieke patiënten in een zorgsetting. Door middel van opdrachten die zij tijdens deze stage uitvoeren is het mogelijk om studenten bewust te maken van interdisciplinair samenwerken en van medische beleidskeuzes in de laatste levensfase. Ook wordt de student aangemoedigd om in gesprek te gaan met de patiënt over toekomstverwachtingen en wensen. Dit zijn drie belangrijke onderdelen van de te verwerven kennis en vaardigheden in de palliatieve zorg.

Klinisch redeneren is een essentiële vaardigheid voor de arts. Dit wordt veelal aangeleerd aan de hand van patiënten casus, al dan niet ingebed in het thema van het onderwijs. Door de casus aan te passen m.b.t. het stadium van het ziekteproces of de prognose is het mogelijk studenten op onnadrukkelijke wijze te laten ervaren dat ook het (aanstaand) overlijden van de patiënt en het bijbehorend beleid bij ziektescripts horen.

Lessons learned (implicaties voor de praktijk)

Kleine aanpassingen van bestaand onderwijs om leerdoelen op gebied van de palliatieve zorg te adresseren zijn goed mogelijk en zijn weinig ingrijpend op de structuur en vorm van het oorspronkelijke onderwijs. Er zijn een aantal zaken die invloed hebben op de haalbaarheid in de praktijk van het onderwijs. De samenwerking met de coördinatoren van het betreffende onderwijs is van belang, evenals praktische randvoorwaarden zoals studiebelasting, onderwijsstructuur en overwegingen van didactische en medisch inhoudelijke aard.

Trefwoord: Curriculum: Case / presentation-based, 68. Medical education: Undergraduate education, Education Management: Change

Wijze van presentatie: Praktijkpaper

Koetsenruijter KWJ, Veldhuijzen W, Leeuwen Y van, Muris JWM, Teunissen PW
Universiteit Maastricht

Context/probleemstelling of aanleiding

Complexe ouderenzorg is voor eerstelijns AIOS een uitdaging en een bron van leren (1). Curricula ondersteunen hierbij. De complexiteit die aangeleerd moet worden kan maar beperkt gevat worden in het papieren curriculum (vooraf op papier vastgelegd). Dit vraagt van opleidingen en begeleiders dat er een goede vertaalslag gemaakt wordt van het curriculum op papier naar het curriculum in actie (daadwerkelijk uitgevoerde curriculum, bestaande uit een formeel en informeel deel). Het verborgen curriculum (onbewuste boodschappen) zal het leren van complexe ouderenzorg ook beïnvloeden. Deze studie brengt in kaart hoe het papieren curriculum, het curriculum in actie en het verborgen curriculum interacteren en elkaar aanvullen op het gebied van complexe ouderenzorg.

Beschrijving van de interventie/innovatie

Een kwalitatieve studie werd uitgevoerd op vier huisartsgeneeskunde opleidingen in Nederland en België. Documentanalyses en participerende observaties van onderwijs over complexe ouderenzorg werden gecombineerd. Om de analyse en theorievorming te focussen werd gebruik gemaakt van, aan de literatuur ontleende, concepten over het stimuleren van AIOS om integraal en dieper met de stof bezig te zijn.

Ervaringen/analyse van de implementatie

Het papieren curriculum bevat overzichten van theoretische informatie, globale lesbeschrijvingen en beschrijving van leerdoelen. Er wordt verdieping aangebracht door AIOS verantwoordelijk te maken voor patiënten, hen de problematiek in kaart te laten brengen en te rapporteren, o.a. in multidisciplinair verband en in de onderwijsgroep.

In het curriculum in actie komen deze facetten terug. Het informele curriculum vult dit aan door het inbrengen van dilemma's, het samen over oplossingen nadenken en door het delen van praktijkervaringen, praktijkkennis en casus specifieke kennis. Deze uitwisseling vindt plaats op momenten dat AIOS en docenten actief participeren, prikkelende vragen stellen, abstraheren en gerelateerde dilemma's inbrengen.

In het informele curriculum zijn er weinig momenten waarop kritische vragen worden gesteld en AIOS worden verleid om hun kennis uit te breiden. Daarnaast zien we dat er vooral wordt ingezoomd op deelproblemen en dat uitzoomen en integreren van deelproblemen maar beperkt gebeurt.

Vanuit het verborgen curriculum valt op dat wanneer AIOS dilemma's ervaren, docenten vroegtijdig oplossingen inbrengen, andere onderwerpen aansnijden en dat AIOS zonder exploratie van dilemma's, worden gerustgesteld.

Lessons learned (implicaties voor de praktijk)

Het curriculum in actie is in grote lijnen congruent met het papieren curriculum. Om van het papieren curriculum naar een leerervaring te komen, is de rol van docenten en AIOS in het informele curriculum belangrijk. Daarnaast lijkt het alsof er een boodschap gegeven wordt die strijdig is met de geest van het programma, namelijk dat AIOS niet te veel hoeven te worstelen. Om verdieping te bereiken, is echter enige worsteling noodzakelijk.

Referenties

- 1 Ramackers AMC, Van Leeuwen YD, Ponse KCJAH, Lammerts LHAGM. *Ouderenzorg in praktijk gebracht*. Huisarts Wet. 2012; 55(8): pg 330-4
- 2 Hafferty FW. *Beyond curriculum reform: Confronting medicine's hidden curriculum*. Med. 1998;73:403-7

Trefwoord: Curriculum: General, Medical education: Postgraduate education

Wijze van presentatie: Praktijkpaper

De implementatie van de cesuurmethode van Cohen-Schotanus bij de bacheloropleiding geneeskunde

Diks MC, Burgt S van der, Haan M de, Kusurkar RA, Horrevoets AJ
Amsterdam UMC, loc. VUmc

Context/probleemstelling of aanleiding

De cesuur ligt in het Nederlandse onderwijs traditioneel op 55% van de toetsgrootte. Een belangrijk nadeel is dat de cesuur met deze absolute methode telkens een ander niveau van kennis vertegenwoordigt, toetsen zullen immers altijd enigszins variëren in moeilijkheidsgraad.

Deze traditionele, absolute cesuurmethode had bij VUmc als gevolg dat de slagingspercentages van de verschillende cursusafhankelijke toetsen (CATs) in de bachelor erg uiteen liepen ($M = 78,4$, $SD = 11,35$) en er vonden relatief veel herkansingen plaats. Het was lastig te verklaren waarom de beste student voor de ene toets een 7 haalde en voor de andere toets een 9.

Hierop is bij de bacheloropleiding VUmc besloten, met ingang van het vernieuwde curriculum (per 2015-2016), voor de eerstekans CATs de cesuurmethode van Cohen-Schotanus (Cohen-Schotanus & van der Vleuten, 2010) toe te passen.

Beschrijving van de interventie/innovatie

Het uitgangspunt van de methode van Cohen-Schotanus is een absolute cesuur gecombineerd met een relatief referentiepunt, namelijk 'de beste studenten'. Hierbij wordt ervan uitgegaan dat de hoogst behaalde scores een reflectie zijn van mogelijke onzorgvuldigheden in het onderwijs en/of de toets, aangenomen dat de beste studenten zich maximaal hebben voorbereid. In plaats van 55% van de theoretisch hoogst haalbare score kiezen we bij VUmc nu voor een zak-slaaggrens op 60% van die daadwerkelijk hoogst behaalde scores. Hiervoor kijken we naar de scores aan de onderrand van studenten behorende tot de top 5 (95^e percentiel).

Ervaringen/analyse van de implementatie

Na twee jaar laten de resultaten zien dat de slagingspercentages zijn genivelleerd ($M = 84,60$, $SD = 8,23$) en licht gestegen ($p = 0,001$). Er vervallen niet meer of minder vragen dan voorheen. De scores van de studenten op de interfacultaire voortgangstoets (IVGT) waarin de studenten met hun *peers* van andere medische faculteiten worden vergeleken, laten zien dat zorgen over een mogelijke daling van het absolute kennisniveau ongegrond blijken.

Lessons learned (implicaties voor de praktijk)

Door toepassing van de nieuwe cesuurmethode zijn de slagingspercentages genivelleerd en gestegen. Bovendien is deze methode eerlijker omdat studenten niet de dupe zijn van onbedoelde fouten of onzorgvuldigheden in het onderwijssysteem.

De ervaring leert dat de slagingspercentages nu niets meer zeggen over de moeilijkheid van een toets. Als nieuwe graadmeter kijken we daarom hoeveel procent van de toets behaald wordt door studenten op het 95^e percentiel. Dit percentage daalt in bachelorjaar 3, wat aangeeft dat de toetsen moeilijker worden. Dit kan komen doordat het aandeel van klinisch-redeneervragen in een toets, die studenten moeilijk vinden, over de bachelorjaren toeneemt en in deze toetsen dus groter is.

Trefwoord: Assessment: Standard setting, Assessment: Written assessment

Wijze van presentatie: Praktijkpaper

Monitoren en borgen van de kwaliteit van toetsing in de geneeskunde opleiding door de examencommissie

Kusurkar RA, Haan M de, Oirschot C van, Meiboom A, Daelmans HEM, Croiset G
Amsterdam UMC, loc. VUmc

Context/probleemstelling of aanleiding

In Nederland zijn examencommissies (EC) verantwoordelijk voor het borgen van de kwaliteit van de toetsing en voor het afhandelen van individuele studentverzoeken. Voor kleine opleidingen die niet beschikken over toetsdeskundigen en juristen, wordt deze taak steeds moeilijker uit te voeren. Om die reden zijn de 5 EC's van de verschillende opleidingen van het VUmc samengevoegd tot een centrale commissie. Dit maakte het mogelijk om de commissie te faciliteren met de gewenste professionele ondersteuning van een toetsdeskundige en een jurist. Daarnaast was er een hoge werkdruk bij de EC van geneeskunde door vele studentverzoeken (828 in 2012) en bleek het overzicht op de toetsing moeilijk te handhaven.

Beschrijving van de interventie/innovatie

In 2014 heeft de directeur van VUmc School of Medical Sciences beleidsadviseurs de opdracht gegeven om de EC te hervormen. Dit is projectmatig uitgevoerd met een tijdspad en heldere doelen. De rollen en verantwoordelijkheden van de betrokkenen, zoals de opleidingsdirecteuren van de Bachelor- en Master geneeskunde, de EC, toetsdeskundigen en examinatoren werden aangescherpt. De EC werd verdeeld in een Centrale EC (CEC) en twee deelexamencommissies (deel-EC's), een voor geneeskunde, de andere voor de andere opleidingen. De CEC richt zich op het strategisch niveau. De deel-EC handelt de studentverzoeken af en monitort de kwaliteit van de toetsing. Er werd een online portaal opgezet met categorieën voor het indienen van studentverzoeken. De deel-EC formuleerde tevens protocollen voor het afhandelen van studentverzoeken op ambtelijk niveau.

Ervaringen/analyse van de implementatie

De taken van de CEC zijn: (a) maken van strategische keuzes in het kader van "constructive alignment" (b) vaststellen van kaders voor de benoeming van examinatoren, (c) organiseren van scholingsdagen voor examinatoren, (d) uitvoeren van steekproeven voor eindproducten van de opleidingen. Het aantal studentverzoeken voor deel-EC geneeskunde is sterk gedaald (364 in 2017). Er kwam meer tijd voor het op gestructureerde wijze monitoren van de kwaliteit van de toetsen en het signaleren van lacunes in deskundigheid van examinatoren in het maken van valide en betrouwbare toetsen. Deze examinatoren kregen hulp bij het opstellen van de toets en bijscholing van toetsdeskundigen.

Lessons learned (implicaties voor de praktijk)

Samenwerking tussen de opleidingsdirecteuren, beleidsadviseurs en de EC en projectmatig werken waren cruciaal om dit project te laten slagen. Het resultaat was een aanzienlijke verbetering van de kwaliteit van de toetsen en het identificeren van urgente verzoeken van studenten.

Referenties

1 Kusurkar RA, Daelmans HEM, De Haan M, Van der Meijde M, Croiset G. Reforms in VUmc School of Medical Sciences Amsterdam: Student engagement, a Minor elective semester and stakeholder collaboration for improving the quality of assessments. Medical Teacher 2018; Ahead of Print. DOI: 10.1080/0142159X.2018.1445833.

Trefwoord: ASSESSMENT

Wijze van presentatie: Praktijkpaper

EPA bekwaamverklaringen in de medische basisopleiding: ervaringen in het eerste jaar van een longitudinaal geïntegreerd coschap

Eijkelboom MCL¹, Klis BM van der¹, Cate TJ ten¹, Geelen SPM²

¹UMC Utrecht, ²Universiteit Utrecht

Context/probleemstelling of aanleiding

In september 2016 werden Entrustable Professional Activities (EPA's) geïmplementeerd in de geneeskunde opleiding van de Universiteit Utrecht, in een nieuw longitudinaal geïntegreerd coschap, bestaande uit gynaecologie, kindergeneeskunde en klinische genetica. 1 Master jaar 1 studenten volgen dit coschap in het UMC Utrecht of in één van de 9 affiliatieklinieken.

Om het coschap succesvol af te ronden, moeten de studenten bekwaam zijn verklaard op vooraf bepaalde supervisie niveaus. Deze studie evalueert de documentatie van formatieve beoordelingen, die de basis vormen voor de summatieve bekwaamverklaringen.

Beschrijving van de interventie/innovatie

Het coschap bevat 5 deel-EPA's binnen de kern-EPA "Het medisch consult": het gynaecologisch, obstetrisch, kindergeneeskundig, neonataal en klinisch genetisch medisch consult. Per EPA moeten de studenten minimaal 2 observaties en 2 casusbesprekingen laten documenteren in hun digitale portfolio. De portfolio's van de eerste 183 studenten die dit coschap hebben gevolgd zijn geëvalueerd. Tevens zijn factoren die bijdragen aan incomplete documentatie geïdentificeerd door middel van gesprekken met studenten en supervisors.

Ervaringen/analyse van de implementatie

Per EPA was het percentage studenten met tenminste 2 gedocumenteerde observaties en 2 gedocumenteerde casusbesprekingen als volgt: gynaecologie 72 en 70%, obstetrie 64 en 58%, kindergeneeskunde 85 en 96%, neonatologie 84 en 61%, klinische genetica 99 en 99%. De documentatie verschilde aanzienlijk tussen studenten onderling, per discipline en per ziekenhuis. Factoren die bijdragen aan incomplete documentatie kunnen worden onderverdeeld in student-geassocieerd (onzeker, bescheiden, ongeorganiseerd, gemakzuchtig), supervisor-geassocieerd (te druk, oneens met nieuwe digitaal portfoliosysteem) en organisatie-geassocieerd (te veel formulieren, technische problemen, suboptimale werkomgeving).

Lessons learned (implicaties voor de praktijk)

Er werden grote verschillen gevonden in de documentatie van formatieve feedback als bewijs voor summatieve bekwaamverklaringen. Een eerste evaluatie laat zien dat een verscheidenheid aan factoren hieraan ten grondslag ligt.

De introductie van een nieuw EPA-beoordelingssysteem in de geneeskunde opleiding vraagt aanpassing van alle belanghebbenden. Studenten, begeleiders en opleiding moeten samenwerken om dit systeem succesvol te maken.

Referenties

1 Olle ten Cate, Lysanne Graafmans, Indra Posthumus, Lisanne Welink & Marijke van Dijk (2018). The EPA-based Utrecht undergraduate clinical curriculum: Development and implementation, Medical Teacher, DOI: <https://doi.org/10.1080/0142159X.2018.1435856>

Trefwoord: Assessment: Workplace-based (on-the-job)assessment, Curriculum: Outcome/competency-based

Wijze van presentatie: Praktijkpaper

Ontwikkeling en validatie van een EPA framework voor palliatieve zorg onderwijs in het medisch basis curriculum

Pieters J¹, Warmenhoven FC¹, Westen JH¹, Verstegen DML¹, Courtens AM², Beuken-van Everdingen MHJ van den², Dolmans DHJM¹

¹Universiteit Maastricht, ²MUMC+

Context/probleemstelling of aanleiding

In Nederland is er een stijgende behoefte aan palliatieve zorg. Artsen van bijna alle specialisaties komen in aanraking met palliatieve patiënten en worden hierbij geconfronteerd met de complexe uitdagingen die palliatieve zorg met zich mee brengt. Om goede multidimensionale en multidisciplinaire zorg te kunnen verlenen, dienen (toekomstige) artsen hiervoor opgeleid te worden. In Nederland is er momenteel weinig aandacht voor deze zorg in het medisch basisonderwijs. Daarom is een EPA framework ontwikkeld en gevalideerd, waarmee een basis gegeven wordt voor het ontwikkelen en implementeren van palliatieve zorg onderwijs in het medisch basis curriculum.

Beschrijving van de interventie/innovatie

Vanuit een literatuur review naar palliatieve zorg competenties in de medische opleiding bleken twee competentie profielen geschikt voor de Nederlandse situatie: De kennissynthese palliatieve zorg (VU 2016) en de competenties beschreven in een whitepaper door de European Association for Palliative Care (EAPC, 2013). Door een expertgroep van professionals in educatie en palliatieve zorg werden deze documenten gecombineerd en vertaald naar EPA's, wat resulteerde in een lijst met 6 EPA's en 40 deeltaken. Om deze lijst te valideren, werd een Delphi studie uitgevoerd.

Het panel van deze Delphi studie (N=82) bestond uit 5 verschillende groepen: experts in palliatieve zorg (artsen en verpleegkundigen), artsen (niet gespecialiseerd in de palliatieve zorg), verpleegkundigen (niet gespecialiseerd in palliatieve zorg), curriculum coördinatoren en basisartsen. Deelnemers scoorden het niveau waarop de basisartsen de EPA's dienen te beheersen. In deze Delphi studie zijn twee rondes gehouden. Het response percentage was 67%.

Ervaringen/analyse van de implementatie

Consensus betreffende het niveau van de items werd gesteld op 67% en dit werd bereikt op 17 van de 46 items (37%). Over de EPA's die 'soft skills' beschreven verschilden de respondent groepen nogal van mening.

Lessons learned (implicaties voor de praktijk)

Dit onderzoek kan gebruikt worden om te bepalen welke EPAs in het medisch basis curriculum aan de orde zouden moeten komen en om onderwijsmaterialen op niveau te ontwikkelen.

Referenties

1 EAPC. (2013). Core competencies in palliative care: an EAPC White Paper on palliative care education- part 2. *European Journal of Palliative Care*, 20(3), 140-144.

2 VU (2016). Kennissynthese: Onderwijs palliatieve zorg. [Knowledge thesis: Palliative Care Education].

Retrieved from

https://www.zonmw.nl/fileadmin/documenten/Palliatieve_Zorg/Palliantie/Kennissynthese_onderwijs_palliatieve_zorg.pdf.

Trefwoord: Curriculum: General, Medical education: Undergraduate education, Learning outcomes: General

Wijze van presentatie: Praktijkpaper

De rol van simulatiepatiënten in het leerproces van de student: Hoe draagt de simulatiepatiënt bij aan betekenisvol leren van de student tijdens een consult?

Lovink AG¹, Rethans JJ², Niet AG van der², Groenier M¹, Miedema ATh¹

¹Universiteit Twente, ²Universiteit Maastricht

Context/probleemstelling of aanleiding

Wetenschappelijk onderzoek laat zien dat communicatievaardigheden van medici van groot belang zijn voor de kwaliteit van de gezondheidszorg. Bij het communicatieonderwijs worden veelvuldig simulatiepatiënten (SPs) ingezet. De inzet en impact van SPs op de leeruitkomsten van de student is al langere tijd onderwerp van onderzoek. Het is echter onbekend op welke manier de SP, gedurende een SP-student interactie (consult), bijdraagt aan betekenisvolle leerervaringen van de student. Men kan een SP beschouwen als een invloedrijk leerinstrument; met zijn gedrag is de SP in staat om een meer of minder betekenisvolle leersituatie voor de student te creëren. Een gedetailleerd overzicht van de invloed van de SP op het betekenisvol leren van de student gedurende het consult ontbreekt.

Dit onderzoek heeft als doel om een theorie te ontwikkelen die de bijdrage van de SP aan het betekenisvol leren van de student gedurende een consult beschrijft. Dit zal de basis vormen voor het ontwikkelen van interventies om het leren van de student tijdens het consult te optimaliseren.

Beschrijving van de interventie/innovatie

De poster zal een overzicht geven van de achtergronden en methode van het onderzoek. Verschillende leer- en communicatietheorieën vormen het theoretisch kader; experiential learning, meaningful learning en positioning theory.

Het betreft een kwalitatief onderzoek, bestaande uit vier deelstudies. De deelstudies zijn gericht op het identificeren van betekenisvolle leerervaringen gedurende het consult en richten zich op de bijdrage van de SP aan deze leerervaringen. Het onderzoek bevat interviews, focusgroepen, systematische observaties en stimulated recall en zal worden uitgevoerd aan de Universiteit Twente, bij Technische Geneeskunde. Het betreft een promotieonderzoek vanuit de School of Health Professions Education van de Universiteit Maastricht.

Ervaringen/analyse van de implementatie

De eerste voorlopige resultaten van deelstudie 1, aangevuld met eigen ervaringen naar aanleiding van een Pilot studie over betekenisvol leren tijdens consulten worden gepresenteerd.

Lessons learned (implicaties voor de praktijk)

Het doel van het onderzoek is het verkrijgen van een beter begrip van de invloed van de SP op het betekenisvol leren van de student gedurende een SP-student interactie. De poster geeft een overzicht van de achtergrond en de opzet van dit onderzoek. De eerste voorlopige resultaten zijn input voor verdere discussie.

Referenties

1 Kaplonyi, J., Bowles, K.-A., Nestel, D., Kiegaldie, D., Maloney, S., Haines, T., & Williams, C. (2017). Understanding the impact of simulated patients on health care learners' communication skills: a systematic review. *Medical Education*, 1–11.

2 Sargeant, S., McLean, M., Green, P., & Johnson, P. (2017). Applying positioning theory to examine interactions between simulated patients and medical students: a narrative analysis. *Advances in Health Sciences Education*. 9691-8

Trefwoord: Learning outcomes: Communication skills, Teaching & learning: Standardized patients, Research in medical education: All

Wijze van presentatie: Poster

Team-based Learning bij het trainen van klinische vaardigheden: een vervolgstudie.

Patiwaal JA, Douma AH, Koens F, Daelmans HEM
Amsterdam UMC, loc. VUmc

Context/probleemstelling of aanleiding

Bij de start van hun masteropleiding worden geneeskundestudenten gedurende het voorbereidend co-schap getraind in algemeen lichamelijk onderzoek vaardigheden. Een training bestaat uit twee delen: het eerste deel betreft een klassikale instructie door de docent over de toepassing van de vaardigheden waarbij ook achtergrondinformatie over normale en mogelijk afwijkende bevindingen aan bod komt. In het tweede deel van de training oefenen de studenten de vaardigheden op elkaar. De ervaring leert dat studenten een vrij passieve houding aannemen tijdens het eerste deel van de training. Om studenten tijdens dit deel van de training aan te zetten tot actief leren, zoals ook Duvivier ¹ bepleit, werden Team-based Learning (TBL) ² principes in een eerdere pilot studie ingezet bij één van de trainingen. Student evaluaties van die pilot studie waren positief. De volgende vijf elementen van de TBL-werkvorm werden gewaardeerd door studenten: 'het zelf nadenken over de stof', 'de interactie met medestudenten', 'het competitie-element', 'het toetsen van voorkennis' en 'het voorbereiden van de stof'.

Om te onderzoeken wat student waardering van de TBL werkvorm is als deze werkvorm uitgebreid wordt naar meerdere trainingen is deze vervolgstudie opgezet. In deze studie wordt ook gekeken naar waardering van de klassikale instructie.

Het doel van deze vervolgstudie is om te onderzoeken welke elementen uit beide werkvormen gewaardeerd worden door studenten.

Beschrijving van de interventie/innovatie

De helft van de lichamelijk onderzoek trainingen binnen het voorbereidend co-schap krijgt de TBL werkvorm en de andere helft behoudt de klassikale werkvorm.

Aan alle studenten (n = 100) wordt de helft van de lichamelijk onderzoek trainingen in het voorbereidend co-schap aangeboden in TBL werkvorm en de andere helft in klassikale werkvorm. Na het doorlopen van de lichamelijk onderzoek trainingen worden de studenten gevraagd om beide werkvormen schriftelijk open te evalueren aan de hand van verschillende items. Items zijn o.a. : voorbereiding, student- en docentrol.

Studentgegevens worden open gecodeerd en door iteratieve discussie met drie onderzoekers wordt consensus bereikt over thema's uit de evaluaties.

Gegevens worden verzameld en geanalyseerd totdat sufficientie bereikt is.

Ervaringen/analyse van de implementatie

Er is gestart met het verzamelen en het analyseren van de studentgegevens en in september 2018 zullen ruim 100 evaluatieformulieren zijn geanalyseerd. Naar verwachting zal daarmee sufficientie zijn bereikt.

Lessons learned (implicaties voor de praktijk)

Hoe waarderen studenten de beide werkvormen als voorbereiding op lichamelijk onderzoek vaardigheden?

Referenties

1 Duvivier RJ. Teaching and learning clinical skills, mastering the art of medicine [dissertatie]. Maastricht, Maastricht University 2012.

2 Burgess AW et al. Applying Established Guidelines to Team-Based Learning Programs in Medical Schools: A Systematic Review. Academic Medicine. 2014;89(4):678–688.

Trefwoord: Teaching & learning: Clinical skills centre, Teaching & learning: Study skills Teaching & learning: Team-based learning, Medical education: Undergraduate education

Wijze van presentatie: Poster

Een instructional design benadering voor serious games; ervaringen en geleerde lessen

Faber TJE¹, Dankbaar MEW¹, Broek WW van den¹, Merriënboer JJG van²

¹Erasmus MC, ²School of Health Professions Education

Context/probleemstelling of aanleiding

De ABCDE-methode, een gestandaardiseerde benadering van de acuut zieke patiënt, wordt in kleinschalig onderwijs aan studenten, basisartsen en medisch specialisten aangeboden. Dit onderwijs is effectief, maar gaat gepaard met hoge kosten. Door een deel van deze training aan te bieden in een serious game kon de effectiviteit van training voor een stage op de spoedeisende hulp voor arts-assistenten verbeterd worden. Echter, bij masterstudenten geneeskunde bleek dat een groep die de game speelde niet beter presteerde dan een groep die gebruik maakte van tekst-gebaseerde casuïstiek zonder spelelementen 1.

Om de effectiviteit van een onderwijsmethode te verhogen kunnen we teruggrijpen op instructional design-theorieën. De Four Component Instructional Design (4C/ID) benadering 2 biedt houvast voor het ontwerpen van effectief instructiemateriaal voor complexe taken, zoals het toepassen van de ABCDE methode.

Wij beschrijven het proces waarbij de 4C/ID benadering wordt vertaald naar het (her)ontwerpen van een game voor training in de acute geneeskunde.

Beschrijving van de interventie/innovatie

We bekijken de bestaande serious game abcdeSIM vanuit 4C/ID. Nieuwe leertaken (patiëntcasussen) zorgen voor een gevarieerd aanbod, toenemende complexiteit en, op elk niveau van complexiteit, afnemende begeleiding en ondersteuning. De gameomgeving, niveaus van complexiteit en leertaken worden voorzien van ondersteunende en procedurele informatie, ontwikkeld in samenwerking met content experts, game designers en onderwijskundigen. In dit iteratieve proces spelen rigoreus testen en betrekken van eindgebruikers een belangrijke rol.

Ervaringen/analyse van de implementatie

De indeling van de leertaken in levels werd vastgesteld op basis van de ernst van het ziektebeeld en het aantal handelingen dat nodig is om de casus met goed gevolg af te ronden. De virtuele verpleegkundige geeft de speler hulp in de vorm van hints; dit neemt af in de loop van de game. Ondersteunende informatie wordt aangeboden in de vorm van een e-module. Procedurele informatie wordt onder andere aangeboden door informatie over een instrument te geven zodra dit geselecteerd wordt, en door extra feedback in de vorm van een tussentijdse beoordeling door een virtuele supervisor. Door ontwerpkeuzes vroeg in de ontwikkeling van de game was de ruimte op het scherm beperkt, waardoor niet alle informatie op de optimale wijze aangeboden kon worden.

Lessons learned (implicaties voor de praktijk)

De 4C/ID design benadering biedt een gestructureerde manier om ontwerpbeslissingen in serious games te nemen. Op basis van verder onderzoek in dit project zal de effectiviteit van het aangepaste game-ontwerp worden geëvalueerd.

Referenties

1 Dankbaar MEW, Alsma J, Jansen EEH, van Merriënboer JJG, van Saase JLCM, Schuit SCE. An experimental study on the effects of a simulation game on students' clinical cognitive skills and motivation. *Adv Health Sci Educ Theory Pract*. 2016;21(3):505-521.

2 Merriënboer JJG van, Kirschner PA. *Ten Steps to Complex Learning": A Systematic Approach to Four-Component Instructional Design*. Routledge.

Trefwoord: Teaching & learning: Learning styles/theory/instructional design, Teaching & learning: Games, Medical education: All

Wijze van presentatie: Poster

Summatief debat ter stimulatie leerproces en bewustwording van kwaliteit literatuur

Wart AB van der, Hobo W, Dolstra H, Reijden BA van der, Jansen JH
Radboudumc

Context/probleemstelling of aanleiding

In de tweede helft van de cursus *Cancer Development and Immune Defense* binnen de master Biomedical Sciences aan de Radboud Universiteit houden studenten met elkaar een debat over verschillende prikkelende onderwerpen op het gebied van doelgerichte cellulaire en moleculaire therapieën voor de behandeling van kanker. Dit debat is de afsluiting, en daarmee ook een summatieve toets van de cursus. Met deze opzet willen wij studenten stimuleren in hun leerproces verdieping te zoeken in het onderwerp, en zich daarmee bewust te worden van de kwaliteit en toevoegende waarde van de te raadplegen literatuur.

Beschrijving van de interventie/innovatie

In het eerste deel van de cursus wordt aan alle studenten door middel van hoorcolleges en zelfstudieopdrachten een basisniveau aangeboden binnen het onderwerp *Cancer Development and Immune Defense*. Daarna worden studenten (zonder eigen inspraak) ingedeeld in de verschillende partijen (bijvoorbeeld 'voor' of 'tegen') van 3-4 studenten, waarbij per stelling 2 partijen met elkaar de discussie voeren. Voorafgaand aan het debat dienen de studenten zich voor te bereiden door middel van een uitgebreid literatuuronderzoek, en hiermee hun eigen argumenten te genereren en te onderbouwen. Deze voorbereiding is zelfsturend, maar dient wel in groepsverband plaats te vinden. Tijdens het debat dienen de partijen een openingspleidooi te houden waarbij elke student een individueel standpunt presenteert. Daarna is er tijd voor een kort beraad, waarna de partijen elkaar ondervragen. Afsluitend zal elke partij een sluitpleidooi houden. De aanwezige docenten zullen de debatten beoordelen op inhoud, duidelijkheid en overtuigingskracht van het openingspleidooi, het gebruik van literatuur, de inhoudelijke reactie naar de tegenpartij, en samenwerking binnen de groep.

Ervaringen/analyse van de implementatie

Het doel deze cursus is de studenten te stimuleren in hun leerproces, waarbij ze binnen het onderwerp van hun debat zich verdiepen in de literatuur en deze op juistheid en relevantie toetsen. Deze uitdagende vorm van toetsing met een competitief element zal naar verwachting leiden tot meer verdieping en kritische reflectie van de literatuur. De stellingen worden zo geformuleerd dat voor beide partijen een brede basis aan onderbouwende literatuur te vinden zal zijn. Echter, zullen de studenten tijdens hun literatuurstudie ervaren dat de literatuur geen wetmatigheden voorschrijft, maar dat met selectief lezen en presentatie, de waarheid in meerdere richtingen gestuurd kan worden. Deze beleving zal een kritische wetenschappelijke houding van de studenten creëren.

Lessons learned (implicaties voor de praktijk)

De cursus zal in oktober 2018 voor het eerst uitgevoerd en uitgebreid geëvalueerd worden. Tijdens het NVMO congres zullen de resultaten van de evaluatie en onze ervaringen met deze onderwijsvorm gepresenteerd worden.

Trefwoord: Teaching & learning: Experiential learning, Teaching & learning: Small group

Wijze van presentatie: Poster

Leren van gestructureerde reflectie in klinisch redeneren, door de methode uit te leggen aan fictieve anderen

Kuhn JKG¹, Mamede S¹, Berg PJ van den¹, Bindels PJE¹, Gog TAJM van²

¹Erasmus MC, ²Universiteit Utrecht

Context/probleemstelling of aanleiding

Diagnostische fouten zijn deels toe te schrijven aan cognitieve fouten. Om diagnostische fouten te voorkomen is reflectief redeneren daarom cruciaal. In de praktijk blijkt echter, dat als er eenmaal een diagnose is gekozen, er geen alternatieve verklaringen meer worden overwogen (premature closure). De methode *vangestructureerde reflectie* is ontwikkeld om analytisch redeneren te bevorderen. Uit onderzoek blijkt het een effectief middel is om tot betere diagnoses te komen⁴. Echter is nog onbekend of de methode ook kan worden geleerd en toegepast bij het diagnosticeren van nieuwe casuïstiek. In een recente studie⁵ bleek dat studenten een methode om natuurkundige problemen op te lossen effectief leerden, wanneer ze de geleerde methode op video uitlegden aan een fictieve andere persoon. In de huidige studie willen we onderzoeken of het uitleggen op video (*video-explanation*) ook een effectieve manier is om gestructureerde reflectie te leren.

Beschrijving van de interventie/innovatie

Negentig AIOS uit het eerste jaar van de huisartsopleiding worden random ingedeeld in één van twee condities in de leerfase. AIOS in de *controleconditie* diagnosticeren zes casussen zonder verdere instructies. AIOS in de *video-explanation conditie* bestuderen eerst drie voorbeelden van gestructureerde reflectie. Hierna nemen ze twee videos op, waarin ze het volgende aan een fictieve persoon uitleggen: (1) de stappen van gestructureerde reflectie, en (2) hoe de methode op een gegeven casus wordt toegepast. Eén week later doen alle deelnemers dezelfde test. Daarbij worden ze gevraagd om hardop te praten (*think-aloud protocol*) bij het diagnosticeren van 12 nieuwe casussen. De antwoorden zullen worden geanalyseerd op het aantal reflectieelementen.

Ervaringen/analyse van de implementatie

We verwachten dat deelnemers in de *video-explanation conditie* de methode zullen leren en toepassen in de testfase. Dit zou leiden tot meer reflectieelementen in de antwoorden van het *think-aloud* taak in de testfase, vergeleken met de *controleconditie*.

Lessons learned (implicaties voor de praktijk)

Deze studie onderzoekt de effectiviteit van onderwijsmethoden voor het leren van reflectief redeneren. Zo kan het onderwijs worden vormgegeven op een manier die goed aansluit bij de AIOS. Door het leren van de reflectiemethode kunnen diagnostische fouten worden voorkomen, en de aanbevelingen uit deze studie kunnen van toepassing zijn op andere specialisatieopleidingen.

Referenties

1 Mamede, S., van Gog, T., Moura, A. S., Faria, R. M. D. d., Peixoto, J. M., Rikers, R. M. J. P., & Schmidt, H. G. (2012). Reflection as a strategy to foster medical students' acquisition of diagnostic competence. *Medical Education*, 46(5), 464-472. doi:10.1111/j.1365-2923.2012.04217.x

2 Hoogerheide, V., Renkl, A., Fiorella, L., Paas, F., & Tamara van Gog, T. (in press). Enhancing Example-Based Learning: Teaching on Video Increases Arousal and Improves Problem-Solving Performance.

Trefwoord: Learning outcomes: Reflection / Critical thinking / decision-making / clinical reasoning, Teaching & learning: Learning styles/theory/instructional design, Medical education: Postgraduate education

Wijze van presentatie: Poster

Karakteristieken van talentvolle medische professionals op de klinische werkplek, een systematische literatuurstudie

Frederiks F¹, Visser MRM¹, Etten-Jamaludin FS van¹, Diemers AD², Dijk N van¹

¹Amsterdam UMC, loc. AMC, ²UMC Groningen

Context/probleemstelling of aanleiding

De meeste coassistenten, artsen in opleiding tot specialist en medisch specialisten (hierna benoemd als medische professionals) leren en werken op de klinische werkplek. Sommige worden geïdentificeerd als talentvol door hun collega's ¹ of door hun patiënten o.b.v. prestaties in de klinische praktijk. Voor zover wij weten, is er geen systematisch literatuuroverzicht beschikbaar, over de karakteristieken van deze talentvolle medische professionals op de klinische werkplek.

Middels deze studie willen wij primair identificeren wat de karakteristieken zijn van deze talentvolle medische professionals en secundair willen wij in de geselecteerde artikelen bekijken of het leren op de klinische werkplek van deze talenten beschreven wordt.

Beschrijving van de interventie/innovatie

Een systematisch zoekstrategie werd ontwikkeld en uitgevoerd samen met een klinisch bibliothecaris in MEDLINE, EMBASE, Psych INFO en ERIC via Ovid, de Cochrane library en Web of Science. Originele studies werden geïnccludeerd, zowel kwalitatief als kwantitatief, vanaf de oorsprong van de database tot 13 Oktober 2017. Er werden geen beperkingen toegepast met betrekking tot taal of geografie.

Daarnaast werd er handmatig naar de referenties van de geïnccludeerde artikelen gekeken voor relevante gerelateerde artikelen.

De artikelen werden eerst onafhankelijk en individueel op titel en abstract gescreend door twee onderzoekers (F.F. en N.v.D.) met behulp van Rayyan². Daarna werd de full tekst screening op dezelfde manier verricht door drie onderzoekers (F.F. alle artikelen en A.D.D. en M.R.M.V. verdeelden de artikelen).

De kwaliteit van de verkregen artikelen wordt bepaald middels de Medical Education Research Study Quality Instrument (MERSQI) en de data wordt geëxtraheerd, gebruik makend van een codeerblad dat speciaal voor de review is ontworpen.

Ervaringen/analyse van de implementatie

Van de 2741 artikelen die werden gevonden bij de search en werden gescreend op titel en abstract, werden er 64 artikelen geïnccludeerd voor full-tekst screening. Hieraan werden 12 artikelen handmatig toegevoegd via referentie searches.

Op het moment van schrijven van dit abstract (april 2018) is de full tekst screening afgerond en zijn wij gestart met data-extractie en analyse.

Lessons learned (implicaties voor de praktijk)

Ten tijde van het NVMO congres in november 2018 zal de data-analyse afgerond zijn en kunnen de resultaten worden gepresenteerd en bediscussieerd.

Referenties

1 Mahant S, Jovcevska V, Wadhwa A. The nature of excellent clinicians at an academic health science center: a qualitative study. *Acad Med.* 2012;87(12):1715-1721.

2 Ouzzani M, Hammady H, Fedorowicz Z, Elmagarmid A. Rayyan-a web and mobile app for systematic reviews. *Syst Rev.* 2016;5(1):210.

Trefwoord: Research in medical education: All, Learning outcomes: All

Wijze van presentatie: Poster

Beaujean GAJH, Brouwer E, Kruithof M, Bouwmans M
MUMC+

Thema

Global Citizenship

Doel

Instituten voor hoger onderwijs in het algemeen en opleidingen voor gezondheidswerkers in het bijzonder, hebben de verantwoordelijkheid om afgestudeerden af te leveren die kunnen bijdragen aan het welzijn van mensen in de maatschappij waar ze onderdeel van uitmaken. In deze workshop creëren we onderwijsideeën die studenten stimuleren om zowel lokale als globale zorgvraagstukken aan te pakken.

Karaktereigenschappen van een wereldburger zouden als volgt kunnen worden geformuleerd:

Een wereldburger is zich bewust van de bredere wereld en heeft een gevoel voor zijn/haar eigen rol als wereldburger respecteert en waardeert diversiteit heeft inzicht in hoe de wereld werkt legt zich niet neer bij sociale onrechtvaardigheid neemt deel aan de gemeenschap op een aantal niveaus, van lokaal tot mondiaal is bereid om actie te ondernemen om de wereld een meer rechtvaardige en duurzame plaats te maken neemt verantwoordelijkheid voor zijn/haar acties.

Om effectief te zijn als wereldburgers, moeten zorgprofessionals flexibel, creatief en proactief zijn. Ze moeten in staat zijn om problemen op te lossen, beslissingen te nemen, kritisch te denken, ideeën effectief te communiceren en goed te werken binnen teams en groepen. Deze vaardigheden en eigenschappen worden steeds meer erkend als essentieel in de 21ste eeuw. Deze vaardigheden en kwaliteiten kunnen niet worden ontwikkeld zonder het gebruik van actieve leermethoden waardoor studenten leren door te doen en door samen te werken met anderen.

Hoe kunnen we onze studenten hierop voorbereiden?

Doelgroep

Docenten en studenten met interesse in Global Citizenship

Opzet: activiteiten en opbrengst

Activiteiten:

Door middel van een 'kaartspel' worden de belangrijkste elementen van Global Citizenship geïdentificeerd. Vervolgens zal in subgroepen en volgens een vooraf vastgestelde structuur gebrainstormd worden over ideeën, activiteiten, nut, behoefte en over vragen als: hoe kunnen we dat uitvoeren? Hoe kunnen we de student hierop beoordelen? is het waard Tenslotte worden de beste ideeën gepresenteerd waarin de vragen 'waarom hebben jullie hiervoor gekozen?' en 'wat waren de kritische punten in het plan?' worden meegenomen.

Opbrengst:

Voorbeelden van mogelijkheden en inspiratie om Global Citizenship elementen in medisch onderwijs te brengen

Referenties

1 Hanson, L. (2010). Global citizenship, global health, and the internationalization of curriculum: A study of transformative potential. <i>Journal of Studies in International Education</i>, <i>14</i>(1), 70-88.

Morais, D. B., & Ogden, A. C. (2011). Initial development and validation of the global citizenship scale. <i>Journal of Studies in International Education</i>, 15(5), 445-466.

2 Sperandio, J., Grudzinski-Hall, M., & Stewart-Gambino, H. (2010). Developing an Undergraduate Global Citizenship Program: Challenges of Definition and Assessment. <i>International Journal of Teaching and Learning in Higher Education</i>, 22(1), 12-22.

Max aantal deelnemers: 30

Trefwoord: Curriculum: Community-based, Learning outcomes: Professionalism / attitude / ethics, Teaching & learning: Experiential learning

Wijze van presentatie: Workshop

18.15-19.00 **Borrel**

VRIJDAG 16 NOVEMBER 2018

07.30-09.15 ONTVANGST MET KOFFIE EN THEE

08.00-09.00 Algemene ledenvergadering NVMO / Zaal 525

09.30-10.15 **Plenair / Zuiderduinzaal**

09.30-10.15 **Hoofdlezing**

The evolution of the professionalism movement in medical education: Where we have been, where we are, and where we need to go

Arianne Teherani, University of California, San Francisco School of Medicine, USA

The past 25 years have marked the inception and persistence of the professionalism movement and research on professionalism in medical education. The initial focus of the movement and the research that ensued, focused on articulation, identification, and assessment of unprofessional behavior. More recent focus has centered on the relationship of professionalism to other educational constructs and the role of systems and context in influencing professionalism. Even with an extensive research portfolio to its name, professionalism remains an elusive construct: There is still much research needed to understand and utilize professionalism in practice. This talk will focus on recounting the history of the professionalism movement, what we have learned to date, what we still need to know about professionalism, and future direction of research on professionalism in medical education.

10.15-10.45 WISSELPAUZE MET KOFFIE EN THEE

10.45-12.00 **Blok D**

'Extraversie is de norm': hoe zichtbaar moet je zijn om professioneel te zijn als coassistent?

Matulewicz MV, Netelenbos W, Jeltjes J
Amsterdam UMC, loc. VUmc

Thema

Hoe zichtbaar ben jij op de werkvloer? Hoe zichtbaar wil je zijn? En doe je dit omdat je dit wilt of omdat het 'moet'?

Het platform medisch leiderschap* stelt: "Een arts weet dat het belangrijk is om als arts beschikbaar en zichtbaar te zijn in verschillende functies en rollen, streeft ernaar om toegankelijk en aanspreekbaar te zijn, is herkenbaar als 'leider', straalt gezag uit binnen de eigen groep en daarbuiten, treedt, waar nodig, als 'leider' op de voorgrond en is assertief."

In de praktijk lijkt er een ideaalbeeld te bestaan: laat je zien. Dat ideaalbeeld speelt een rol in hoe coassistenten coschappen ervaren: studenten geven aan bezig te zijn met proberen aan de norm van extraversie te voldoen. Maar is het wel zo functioneel als iedereen dezelfde mate van zichtbaarheid nastreeft?

Over dit onderwerp is er voor master 1 studenten in het VUmc is een workshop ontwikkeld, als onderdeel van het symposium Persoonlijk Leiderschap. Doel is om deze heersende norm bespreekbaar te maken, studenten bewust te maken van hun eigen stijl en te laten inzien welke opstelling op de werkvloer het best past bij ieders persoonlijke professionele ontwikkeling.

*©2015, Platform Medisch Leiderschap / Universiteit Twente.

Doel

In deze workshop onderzoeken we in welke mate zichtbaarheid een rol zou moeten spelen in de beoordeling van de professionele ontwikkeling van coassistenten.

Doelgroep

Docenten geneeskunde, onderwijsontwikkelaars, opleiders, begeleiders, intervisiedocenten, geneeskundestudenten, coassistenten en andere geïnteresseerden.

Opzet: activiteiten en opbrengst

Activiteiten Na een korte introductie doorlopen deelnemers in kleine groepen dezelfde dynamische oefeningen en discussies die masterstudenten ook doorlopen in de symposiumworkshop.

De workshop wordt afgesloten met ruimte om te discussiëren over de randvoorwaarden, opbrengst, mogelijkheden voor eigen curriculum en het generen van alternatieve creatieve ideeën voor deze workshop.

Opbrengst Deelnemers:

- Krijgen inzicht in eigen ideeën en ervaringen t.a.v. zichtbaarheid;
- Verkennen waar zij zelf staan op de dimensie introversie-extraversie;
- Krijgen inzicht in de diversiteit aan mogelijke opstellingen op de werkvloer;
- Krijgen inzicht in randvoorwaarden en bruikbaarheid van de werkvormen en varianten daarop in de eigen onderwijssituatie.

Max aantal deelnemers : 28

Trefwoord: Learning outcomes: Professionalism / attitude / ethics, Teaching & learning: Collaborative/peer-to-peer

Wijze van presentatie: Workshop

Training van multidisciplinair overleg: de interprofessionele samenwerking onder de loep gelegd

Kreeke JJS van de, Hoven W van den, Both CA, Bosscha MI, Peerdeman SM
Amsterdam UMC, loc. VUmc

Thema

Goede interprofessionele samenwerking is essentieel voor de kwaliteit en continuïteit van de patiëntenzorg. In toenemende mate is men zich ervan bewust dat samenwerken aandacht verdient in het opleidingscontinuüm van geneeskundestudent tot medisch specialist. In VUmc is het TeAMS-project (Training en Assessment Medisch Specialisten) ontwikkeld, een ziekenhuisbreed programma dat als doel heeft de multidisciplinaire samenwerking in huis te optimaliseren. Daartoe zijn verschillende trainingen ontwikkeld vanuit onderstaande principes:

1. train de teams die in de praktijk samenwerken
2. train de situaties die herkenbaar en relevant zijn voor de praktijk van de deelnemers
3. train vaardigheden die direct de volgende dag in de praktijk kunnen worden gebruikt

De training multidisciplinair overleg (MDO-training) maakt deel uit van dit programma. Tweemaal kort na elkaar wordt een MDO geobserveerd door twee gedragswetenschappers. Aan de hand van een observatieformulier beoordelen zij inhoudelijke, organisatorische en samenwerkingsaspecten (o.a. besluitvorming, kennis delen, leiding). Ook de deelnemers aan het MDO (medisch specialisten, arts-assistenten, verpleging, paramedici, ondersteunend personeel) vullen dit observatieformulier in. Alle gegevens worden door de gedragswetenschappers verzameld en dienen als basis voor de nabespreking. Deze vindt enkele weken na de observaties plaats. Deze nabespreking behelst de eigenlijke training: de goede en verbeterpunten worden benoemd, en zo komt men samen tot voorstellen voor verbeteringen in het overleg.

Doel van de workshop

De deelnemers aan de workshop krijgen inzicht in verschillende punten waarop een interdisciplinair overleg beoordeeld kan worden. Voorts krijgen zij handvatten om een vergelijkbare training rond interdisciplinair overleg te ontwikkelen en te implementeren in de eigen organisatie.

Doelgroep

Iedereen die betrokken is bij medisch onderwijs en het verbeteren van de kwaliteit van zorg: opleiders, medisch specialisten, aios, andere medische professionals, kwaliteitsfunctionarissen, medisch managers, onderwijsdeskundigen, studenten.

Opzet: activiteiten, opbrengst

Aan de hand van drie werkvormen lopen de deelnemers in hoog tempo het hele proces door: van ontwerp van een checklist tot implementatie van een training. Op basis van eigen ervaringen (met een MDO of ander overleg) én een model uit de literatuur formuleren de deelnemers criteria voor het beoordelen van multidisciplinair overleg. Vervolgens beoordelen de deelnemers hun eigen overleg aan de hand van de checklist van VUmc. Tenslotte worden belemmeringen en succesfactoren voor implementatie geïnventariseerd en worden keuzes bediscussieerd.

De verwachte opbrengst voor de deelnemer:

- inzicht in de succesfactoren van multidisciplinair overleg
- een checklist kunnen ontwikkelen voor eigen multidisciplinair overleg
- handvatten voor het opzetten van een training rond multidisciplinair overleg toegesneden op de eigen organisatie

Max aantal deelnemers: 20

Trefwoord: Curriculum: Inter-professional, Assessment: Workplace-based (on-the-job)assessment, Assessment: Clinical assessment

Wijze van presentatie: Workshop

Kijken naar transmuraal leren samenwerken op de werkvloer

Looman NL¹, Meijer LJM², Janssen MJ¹

¹Radboudumc, ²UMC Utrecht

Thema

Transmuraal (leren) samenwerken op de werkvloer

Doel

Onderzoek en praktijk rondom transmuraal leren samenwerken met elkaar verbinden.

Bovenstaande in een interprofessioneel team bespreken.

De door de deelnemers ervaren knelpunten -in transmurale samenwerking en/of onderwijs over transmurale samenwerking -analyseren met behulp van een model.

Doelgroep

AIOS, opleiders, onderwijskundigen, beleidsmakers, docenten, studenten

Opzet: activiteiten en opbrengst

Flitspresentatie- resultaat: Voorstellen en kader scheppen voor de sessie.

Interactieve presentatie onderzoeksresultaten & uitwisseling ervaringen deelnemers door Marijn

Janssen- resultaat: Beeld wat belangrijk is om te leren voor goede transmurale samenwerking en waar aios/opleiders en andere betrokkenen bij het onderwijs mogelijkheden zien om dit te leren.

Interactieve presentatie onderzoeksresultaten & uitwisseling ervaringen deelnemers door Natasja

Looman- resultaat: Beeld hoe transmurale samenwerking geleerd wordt op ziekenhuisafdelingen- waar eerste en tweede lijns Aios werkzaam zijn- en welke factoren (en hoe) het leren van deze samenwerking beïnvloeden.

Presentatie door Loes Meijer- resultaat: Introductie van een model om knelpunten in de samenwerking aan te pakken en de toepassing hiervan in het leren transmuraal samenwerken.

Met behulp van gepresenteerde model een eigen knelpunt met transmuraal (leren) samenwerken analyseren. Oefenen in duo's. - resultaat: Een model m.b.t. knelpunten in samenwerking leren hanteren.

Plenaire uitwisseling van ervaringen werken met model- resultaat: een model m.b.t. knelpunten in samenwerking leren hanteren.

Wrap up en feedback middels padlet- resultaat: samenvatting highlights

Referenties

1 Van Vliet, K., et al. (2016). Anders kijken, anders leren, anders doen. [Zorginstituut Nederland](#).

Federatie Medisch Specialisten. Visiedocument Medisch Specialist 2025. (2017).

2 <https://www.demedischspecialist.nl/sites/default/files/Visiedocument%20Medisch%20Specialist%202025-DEF.pdf>

3 Toekomstvisie huisartsenzorg, toekomstvisie 2022: <https://www.tkv2022.nl/>

Max aantal deelnemers: 40

Trefwoord: Teaching & learning: Collaborative/peer-to-peer, Curriculum: Inter-professional, Medical education: Postgraduate education

Wijze van presentatie: Rondetafelsessie

Complexiteit in beeld: Rich Pictures als methode om complexiteit te visualiseren

Noeverman – Poel PI¹, Goot WE van der², Velthuis F³, Helmich E³

¹Amsterdam UMC, loc. VUmc, ²Martini Ziekenhuis, ³UMC Groningen

Thema

Het kunnen omgaan met complexe situaties is een vaardigheid die (toekomstige) professionals in hun loopbaan en professionele ontwikkeling nodig hebben. Ook in de opleidingen zijn veel voorbeelden van complexiteit te vinden. Leren in de gezondheidszorg vindt plaats in een complexe omgeving waar patiëntenzorg en opleiding worden samengebracht, waarbij zowel het leerproces als de patiëntveiligheid moeten worden gewaarborgd. Ook het herzien van medische opleidingen is een complex proces waarin veel verschillende actoren en factoren een rol spelen.

Het is belangrijk om complexiteit te begrijpen en er mee te leren omgaan. Een manier om complexiteit inzichtelijk te maken is door het gebruik van zogenaamde Rich Pictures. Dit is een visuele methode om alle elementen van een complexe situatie zichtbaar te maken. Hierbij worden alle factoren en actoren die betrokken zijn bij een complexe situatie gevisualiseerd, zoals mensen, objecten, gedachten, emoties en conflicten. Door op de Rich Picture te reflecteren en deze te bespreken, kan meer inzicht verkregen worden in de aspecten die bijdragen aan complexiteit en de emoties die gepaard gaan met (het omgaan met) complexiteit. Hoewel de methode tot op heden vooral wordt ingezet in onderzoek, is het ook mogelijk om de methode in te zetten voor onderwijs- en beleidsdoeleinden.

Doel

Na afloop van de workshop hebben de deelnemers:

- Inzicht gekregen in de betekenis van complexiteit in onderzoek en opleiding.
- Kennis opgedaan over de manier waarop de Rich Pictures methode werkt en kan worden toegepast.
- Inzicht gekregen in de situaties waarin deze methode toegepast kan worden.

Doelgroep

Docenten, onderwijskundigen, onderzoekers, opleiders, AIOS

Opzet: activiteiten en opbrengst

In deze workshop gaan deelnemers zelf aan de slag met het tekenen van een complexe situatie om ervaring op te doen met de methode van Rich Pictures. Vervolgens gaan de deelnemers met elkaar in gesprek over de gemaakte tekeningen. Hierdoor ervaren ze hoe het is om complexiteit op deze manier te onderzoeken en duiden. Ook worden er voorbeelden gegeven van onderzoek dat gedaan wordt met Rich Pictures. Tot slot zal er een plenaire discussie worden gehouden over de mogelijkheden om Rich Pictures te gebruiken in onderzoek en onderwijs.

Referenties

1 Cristancho S, Bidinosti S, Lingard L, Novick R, Ott M, Forbes T. Seeing in different ways: introducing "rich pictures" in the study of expert judgment. Qualitative health research. 2015;25(5):713-25.

Max aantal deelnemers: 30

Trefwoord: Research in medical education: Methodologies, Medical education: General, Education Management: Change

Wijze van presentatie: Workshop

Inzicht in toezicht: speels omgaan met toezichthouders

Akdemir N, Malik RF, Scheele F
Onze Lieve Vrouwe Gasthuis

Thema

Toezicht is een dynamisch fenomeen afhankelijk van tijd en context. Het belang van toezicht houden op de kwaliteit van de medische vervolgoopleidingen wordt wereldwijd erkend door opleiders en aios. Hoe dit toezicht idealiter ingericht zou moeten worden blijft een discussie. Deels komt dit door schaarste van onderzoek, maar het is ook moeilijk om inzicht te krijgen in de bouwstenen van het toezichtstelsel.

Doel

Deze workshop maakt de mogelijkheden en uitdagingen van toezichtssystemen inzichtelijk. Aan het einde van de sessie, zullen deelnemers in staat zijn om:

- Te reflecteren op verschillende modellen voor toezicht op opleiden;
- De sterke- en zwaktepunten van verschillende systemen te beschrijven;
- Het complexe toezichtstelsel in een simpel model te beschrijven.

Doelgroep

Opleiders, aios, visitatoren, CGS- en RGS-leden.

Opzet: activiteiten en opbrengst

In deze workshop krijg je aan de hand van een kaartenspel inzicht in de opbouw van het toezichtstelsel. Dat leert je er zo constructief mogelijk mee om te gaan en de invalshoeken van toezichthouders te begrijpen. Gevisiteerd worden wordt op deze manier leuker!

Max aantal deelnemers: 45

Trefwoord: EDUCATION MANAGEMENT, Medical education: Postgraduate education, Education management: Institutional accreditation / regulatory bodies

Wijze van presentatie: Workshop

Haarman RJ¹, Groenier MG¹, Dijken PJ van², Feenstra EE³

¹Universiteit Twente, ²Universiteit Groningen, ³UMC Groningen

Thema

Kritische reflectie valt niet meer weg te denken uit de hedendaagse praktijk van zorg en welzijn. Het gaat niet meer alleen om kennis en kunde, maar juist de zachte vaardigheden als communicatie en samenwerking spelen een steeds grotere rol. Vele opleidingen besteden hier aandacht aan in hun onderwijsprogramma en hebben te maken met de uitdaging om studenten aan te moedigen tot kritische reflectie. Kritische reflectie is geen doel op zich, maar leidt tot zelfkennis en is een middel om handelen bij te stellen of acties te verbeteren. Het onderwijs staat voor de uitdaging om jonge mensen te motiveren en stimuleren tot kritische reflectie. Reflectie-opdrachten worden doorgaans niet als de meest populaire bezigheid ervaren door studenten. Dat is niet vreemd, want zijn adolescenten al klaar voor kritische reflectie? In het onderwijs is nog weinig onderzoek gedaan naar de effecten van reflectieonderwijs, als het niet goed wordt ingericht kan het zelfs schadelijk zijn voor adolescenten. Belangrijke voorwaarden bij het aanleren van kritische reflectie zijn: voorzichtigheid, zorgvuldigheid en gekwalificeerde begeleiders. Deze begeleiders moeten voldoende didactisch zijn toegerust en competent zijn in het stellen helpende vragen en het geven van constructieve feedback (Luken, 2011). Daarnaast is het volgens Aronson (2011) belangrijk dat begeleiders die studenten begeleiden bij kritische reflectie zelf ook kritisch reflecteren op hun eigen handelen.

Doel

Docenten en begeleiders die betrokken ontvangen handvatten voor het ontwikkelen van kritische reflectie bij studenten. Daarnaast doen zij vaardigheden op in het omgaan met weerstand en krijgen zij inzicht in kansen voor het reflectie onderwijs binnen de eigen organisatie.

Doelgroep

Docenten/opleiders/coaches/stagebegeleiders/intervisors professionele ontwikkeling.

Opzet: activiteiten en opbrengst

De workshop start met een reflectie oefening, waarna een gezamenlijk definitie van kritische reflectie wordt geformuleerd. Vervolgens gaan de deelnemers in groepen reflectieverslagen beoordelen op kritische reflectie en wordt een groepsdiscussie gevoerd (tips & tricks) tot slot wordt een discussie gevoerd over barrières en uitdagingen in hun eigen organisatie.

Referenties

- 1 Aronson, L. (2011). Twelve tips for teaching reflection at all levels of medical education. Medical teacher, 33(3), 200-205.
- 2 Luken, T. (2010). Problemen rond reflectie. De risico's van reflecteren nader bezien. Handboek effectief opleiden, 52, 263-290.
- 3 Luken, T. (2011). Zin en onzin van reflectie. Supervisie en coaching, 28(4), 153-166.
- Korthagen, F., Koster, B., Melief, K., & Tigchelaar, A. (2002). Docenten leren reflecteren. Soest: Uitgeverij Nelissen>.
- 4 Mann, K. V. (2016). Reflection's role in learning: increasing engagement and deepening participation. Perspectives on medical education, 5(5), 259-261.
- 5 Vink, S., Cools, H. J. M., Elsen, G. M. F., & Vermunt, J. D. (2005). Reflectie van eerstejaars studenten geneeskunde: wat willen we zien en wat doen de studenten?. Tijdschrift voor Medisch Onderwijs, 24(1), 4.

Max aantal deelnemers: 25-50

Trefwoord: Learning outcomes: Reflection / Critical thinking / decision-making / clinical reasoning, Curriculum: Inter-professional, Assessment: Feedback

Wijze van presentatie: Workshop

Dilemma's rondom het begeleiden en beoordelen van een onderzoeksstage: focus op eindproduct of op leerproces?

Ommering BWC, Mark-van der Wouden JM van der, Otten JDM, Dekker FW
Werkgroep Wetenschappelijke vorming

Thema

Onderzoeksstages zijn geïmplementeerd in de medische opleiding om studenten academisch te vormen en te motiveren voor onderzoek. De procedure en richtlijnen rondom het beoordelen van een dergelijke onderzoeksstage verschillen per instelling. Daarnaast is er grote variatie in de begeleidingsstijl van begeleiders. Het 4-ogen principe bij de beoordeling wordt hoog aangeschreven, maar komt hierdoor de nadruk niet te veel te liggen op het product en te weinig op het (leer)proces dat de student doorloopt? Binnen deze workshop zal dieper in worden gegaan op dilemma's rondom het begeleiden en beoordelen van een onderzoeksstage. Wat zou de ideale manier zijn om een onderzoeksstage te beoordelen? Is dat vooral een focus op het eindproduct of is ook juist een focus op het proces van belang. Is de beoordeling summatief of juist formatief? En tot slot, wie zou de juiste persoon zijn om de onderzoeksstage te beoordelen?

Doel

Het doel van deze workshop is om deelnemers vertrouwd te maken met en inzicht te geven in huidige manieren van beoordelen van onderzoeksstages en praktische dilemma's rondom de onderzoeksstages, zowel op het gebied van begeleiden als beoordelen. Tijdens deze workshop gaan de deelnemers actief aan de slag met de praktische dilemma's en komen we gezamenlijk tot implicaties en verbeteringen voor de praktijk. Ten slotte zal er meer concreet inzicht geboden worden in summatieve en formatieve manieren om een onderzoeksstage te beoordelen.

Doelgroep

Begeleiders van onderzoeksstages, professionals verbonden aan wetenschappelijke vorming, studenten, opleidingscoördinatoren, onderzoekers.

Opzet: activiteiten en opbrengst

De workshop behandelt dilemma's rondom het begeleiden en beoordelen van onderzoeksstages. De volgende thema's zullen behandeld worden: de manier van beoordelen (summatief of formatief), de persoon die zou moeten beoordelen (begeleider of onafhankelijke persoon) en de hoeveelheid feedback die gegeven kan worden (vooraf bepaald of maatwerk). In deze workshop zullen bovengenoemde thema's besproken en uitgediept worden met behulp van interactieve werkvormen. Door middel van discussievragen, een groepsopdracht met bespreking van casussen, een groepsgesprek en presentaties zullen deelnemers actief aan de slag gaan met deze onderwerpen. De opdrachten sluiten aan bij de hedendaagse dilemma's en vraagstukken met betrekking tot onderzoeksstages. Tevens zullen recente onderzoeksbevindingen met betrekking tot deze thema's aan bod komen. Deelnemers zullen na de workshop meer inzicht hebben in de mogelijke manieren om een onderzoeksstage te beoordelen en kunnen de opgedane kennis gebruiken voor het maken van keuzes binnen de beoordeling van onderzoeksstages.

Max aantal deelnemers: 40

Trefwoord: Assessment: Written assessment, Learning outcomes: Research, Assessment: Feedback

Wijze van presentatie: Rondetafelsessie

Zelfselectie of selectie: hoe bevorderen we de diversiteit in de opleiding geneeskunde?

Trigt AM van¹, Cleuntjens K², Westerhof MA³

¹Rijksuniversiteit Groningen, ²Maastricht University, ³Amsterdam UMC, loc. VUmc

Thema

De roep naar meer diversiteit in de opleiding geneeskunde is groeiend. De verhouding tussen vrouwen en mannen raakt steeds meer uit balans. Ook zijn niet alle groepen uit de maatschappij evenredig in de opleiding vertegenwoordigd. Wat is hiervan de oorzaak? Op welke manier levert selectie een bijdrage aan diversiteit? Welke rol speelt zelfselectie? Een serie vragen die dringend beantwoord moet worden.

Doel

Binnen deze workshop staat de vraag centraal hoe we er voor kunnen zorgen dat de verschillende groepen in de maatschappij zo optimaal mogelijk zijn vertegenwoordigd binnen de populatie geneeskunde studenten? Wat zijn de belangrijkste knelpunten en hoe zouden we deze kunnen aanpakken?

Doelgroep

Betrokkenen bij selectie, beleidsmakers en opleidingsdirecteuren

Opzet: activiteiten en opbrengst

Met een korte presentatie van 3 sprekers willen wij de situatie rondom diversiteit vanuit verschillende perspectieven toelichten en vervolgens met de aanwezige deelnemers in kleine groepjes discussiëren over de vraag of het wenselijk is dat de populatie studenten een afspiegeling is van de maatschappij? Wat zijn de twee grootste knelpunten hierbij en mogelijke oplossingen ervoor?

Max aantal deelnemers: 30-50

Trefwoord: Education management: Selection of students/trainees, Students/Trainees: Characteristics, Medical education: General

Wijze van presentatie: Rondetafelsessie

Peer Physical Examination - oefenen op elkaar - vanzelfsprekend of niet?

Klerk-van der Wiel I de¹, Gan-Creijghton FBM², Wijngaarden JJ van¹

¹UMC Utrecht, ²Erasmus MC

Thema

Het inzetten van studenten als proefpersonen in de Geneeskunde opleiding: best practices, knelpunten en organisatie.

Doel

We willen inventariseren van de manier waarop faculteiten omgaan met het op elkaar oefenen van lichamelijke onderzoek (Peer Physical Examination, PPE). We zullen bespreken wat voor- en nadelen zijn, welke knelpunten bestaan en hoe er beslissingen worden genomen met betrekking tot dit thema. We hopen te identificeren wat landelijke thema's zijn.

Doelgroep

Docenten, beleidsmakers en studenten betrokken bij het onderwijs van klinische vaardigheden bij Geneeskunde.

Opzet: activiteiten en opbrengst

Inleiding op het onderwerp aan de hand van praktijksituaties binnen opleidingen Geneeskunde (Utrecht, Rotterdam).

Bespreking van het thema in groepen met in elke groep zoveel mogelijk variatie (faculteiten, studenten, docenten), waarbij groepen verschillende subthema's bespreken. De groepen presenteren kort hun bevindingen.

Relevante subthema's zijn:

- 1) Veiligheid bij inzet PPE in lessen (gordijnen, vaste groepen);
- 2) PPE met zelfgekozen partner of juist niet;
- 3) PPE tijdens toetsing;
- 4) omgaan met onverwachte bevindingen bij PPE;
- 5) PPE en ethische thema's/wat doe je als studenten geen consent geven voor PPE?

Plenaire bespreking met een terugkoppeling van bovenstaande onderwerpen en gemodereerde discussie met als doel de volgende vragen te beantwoorden: wat doen de verschillende faculteiten, waar moeten we over nadenken, wat is lokaal relevant en wat landelijk?

Max aantal deelnemers: 30

Trefwoord: Teaching & learning: Collaborative/peer-to-peer, Medical education: Undergraduate education, Teaching & learning: Clinical skills centre

Wijze van presentatie: Rondetafelsessie

Kan een toetsprogramma de beslis- en leerfunctie van toetsing verenigen?

Heeneman S¹, Bok GJ², Oudkerk Pool A¹, Jong LH de², Schut S¹, Vleuten CPM van der¹

¹Universiteit Maastricht, ²Universiteit Utrecht

Thema

Programmatisch toetsen omvat het doelbewust vormgeven van een holistisch toetsprogramma. Hierbij wordt elk beoordelingsmoment gezien als een informatiepunt geoptimaliseerd vanuit het onderwijsperspectief. De zwaarte van een beslissing en het aantal benodigde informatiepunten zijn proportioneel aan elkaar gerelateerd. Daarmee wordt het onderscheid tussen formatief en summatief toetsen vervangen door de mate waarin iets op het spel staat, van low-stake assessments naar high-stake evaluaties. Het doel is toetsmomenten te transformeren naar waardevolle leerervaringen en betere beslissingen te nemen over de voortgang van de student.

Tijdens deze rondetafelsessie bieden wij vanuit verschillende perspectieven een reflectie op het continuüm van assessment stakes binnen programmatisch toetsen. De vraag of we in staat zijn de formatieve en summatieve functie van assessment te verenigen staat centraal. Deelnemers gaan met elkaar (in groepjes) en met het expertpanel in discussie over deze uitdaging aan de hand van twee perspectieven.

Wat zijn de assumpties over assessment die onder het model van programmatisch toetsen liggen (theoretisch perspectief)

Wat zijn ervaring en geleerde lessen vanuit verschillende implementaties en onderzoek naar het model (praktijk perspectief)

Het expertpanel is betrokken bij onderzoek naar en implementatie van het model van programmatisch toetsen binnen opleidingen in de gezondheidszorg.

Doel

Delen en bediscussiëren van assumpties ten grondslag liggend aan, en ervaringen met het model van programmatisch toetsen, zowel in theorie als in praktijk.

Doelgroep

Programma coördinatoren, docenten, studenten, onderzoekers

Opzet: activiteiten en opbrengst

Deelnemers gaan met elkaar (in groepjes) en met het expertpanel in discussie over deze uitdaging aan de hand van twee perspectieven. De groepsdiscussies onder leiding van een expert leiden tot vragen voor het panel die plenair besproken worden. Daarnaast wordt er op verschillende momenten gebruik gemaakt van een interactieve, online tool om deelnemers te laten reageren op reflecties van het expertpanel.

Referenties

1 van der Vleuten C, Schuwirth L, Driessen E, Dijkstra J, Tigelaar D, Baartman L, van Tartwijk J: A model for programmatic assessment fit for purpose. Medical teacher 2012, 34:205-14.

2 Heeneman S, Oudkerk Pool A, Schuwirth L, van der Vleuten C, Driessen E: The impact of programmatic assessment on student learning: theory versus practice. Medical education 2015, 49:487-98.

3 Bok H, Teunissen P, Favier R, Rietbroek N, Theyse L, Brommer H, Haarhuis J, Beukelen P, van der Vleuten C, Jaarsma D: Programmatic assessment of competency-based workplace learning: When theory meets practice. BMC Medical education 2013, 13:123.

Max aantal deelnemers: 50

Trefwoord: Assessment: All, Teaching & learning: Portfolios

Wijze van presentatie: Rondetafelsessie

Intervisie voor AIOS en Medisch Specialisten: eerst wat, dan hoe, op weg naar waarom?

Buistraa J¹, Veenema-Bergsma D², Visser-Oomen Mde³, Adelmeijer EGM¹, Burgerhout-van Turennot R¹
¹LUMC, ²Medisch Spectrum Twente, ³Radboud Health Academy, Radboudumc

Thema

In veel opleidingsziekenhuizen neemt intervisie een steeds vanzelfsprekender plek in, naast coaching, training en andere vormen van professionalisering. In de praktijk blijkt de invulling van intervisie zeer verschillend: van open, op eigen initiatief, over zelf aangedragen casus tot een vast programma, gericht op inhoudelijke thema's, met verplichte deelname. Nederland heeft op het gebied van intervisie een unieke positie, waar ook vanuit het buitenland met belangstelling naar wordt gekeken, onder meer vanuit het perspectief van faculty development (Steinert, NVMO 2017). Bij de medische vervolgopleidingen is intervisie voor AIOS en opleiders vaak gericht op vraagstukken op het grensvlak van opleiding en patiëntenzorg.

Tot op heden ontbreekt een samenhangend beeld van wat er in verschillende Onderwijs- en Opleidingsregio's (OOR's) aan intervisie wordt gedaan en met welk doel. Ook is de visie achter inzet van intervisie niet altijd expliciet of bekend ('Jong geleerd, oud gedaan?') en is er nog maar beperkt onderzoek gedaan naar de eventuele meerwaarde van intervisie.

Om hier verandering in te brengen, vindt als eerste stap in drie van de acht OOR's een vragenlijstonderzoek plaats om de huidige praktijk van intervisie in kaart te brengen: wat gebeurt er nu al, met wie en hoe is dit georganiseerd? De uitkomsten van deze inventarisatie geven inzicht in het huidige palet aan intervisievarianten. Ook geven deze richting aan mogelijke vervolgstappen: het exploreren van het 'waarom' in relatie tot de gewenste en bereikte meerwaarde van intervisie, zowel vanuit de praktijk als de literatuur, zowel in Nederland als daarbuiten.

Doel

Deelnemers hebben inzicht in bestaande varianten van intervisie en kunnen dit toepassen op intervisie in de eigen opleidingspraktijk. Als groep komen we tot mogelijke vervolgstappen om het thema intervisie verder te verdiepen en te onderbouwen.

Doelgroep

AIOS, opleiders, intervisiebegeleiders, onderwijskundigen, betrokkenen bij een Leerhuis en andere geïnteresseerde collega's uit de medische vervolgopleidingen.

Opzet: activiteiten en opbrengst

Introductie

Samenvatting van de belangrijkste resultaten uit de drie OOR's.

Kort uitwisselen in twee-drietallen: wat verrast, wat gemist en wat herkenbaar?

Plenaire discussie

Discussie in subgroepen: welke implicaties hebben de uitkomsten van deze verkenning? Voor de praktijk van intervisie, ook in andere OOR's? Voor het verder onderbouwen? Voor het delen van kennis tussen OOR's? Met partners in het buitenland?

Plenaire discussie

Samenvatting en afsluiting

Referenties

1 Witjes HHG, Postma EL, Houwert RM, Verleisdonk EJMM (2015). SOFT skills, hard nodig. NVMO Congres Rotterdam (sessie A056).

2 Haan, de E., Ridder, de, I. (2003) Intercollegiale consultatie in de praktijk. Tijdschrift Management & Organisatie

Max aantal deelnemers: 25

Trefwoord: Medical education: Postgraduate education, Teachers/Trainers: Faculty/Staff development, Curriculum: Evaluation of curriculum

Wijze van presentatie: Rondetafelsessie

Promoveren: een verplichting of een verrijking?

Ghedri A, Abdelmoumen A, Casteleijn R, Bontje W
De Geneeskundestudent

Thema

De wereld van de geneeskundestudenten is een competitieve wereld. De decentrale selectie is streng, tijdens de studie vallen medestudenten af en als je de drie jaar bachelor en drie jaar master goed doorlopen hebt en je arts bent, dan ben je nóg niet zeker van een opleidingsplek. Zowel tijdens de opleiding als na de opleiding heb je de mogelijkheid jezelf te ontwikkelen en te profileren, wat sterk aanbevolen is als je kans wilt maken op een opleidingsplek. Na de studie geneeskunde is het domein van onderzoek één van de facetten waarop een basisarts zich verder kan ontwikkelen. Eén van de manieren om dit te doen is promoveren.

In 2008 heeft het voormalig KNMG Studentenplatform onderzoek gedaan naar de motivatie van studenten om te promoveren. Hieruit kwam naar voren dat een groot deel van de studenten voornamelijk wilt promoveren voor een opleidingsplek.. De afgelopen jaren is het aantal promovendi in de medische sector sterk gestegen . Daarnaast lijkt de onderlinge concurrentie van geneeskundestudenten toegenomen, mogelijk als gevolg van de ontwikkelingen op de arbeidsmarkt. Deze ontwikkelingen waren de aanleiding voor ons om onderzoek te doen onder geneeskundestudenten over hun motivatie en verwachtingen voor een eventueel promotietraject.

Doel

Tijdens deze ronde tafelsessie is het doel om vanuit verschillende perspectieven het debat te voeren over de rol van promoveren in de medische sector. Hoe kijkt men naar het groeiende aantal promovendi binnen de medische sector? Wat zijn de voor- en nadelen van promoveren van basisartsen? In hoeverre is het noodzakelijk om te promoveren voor het verkrijgen van een opleidingsplaats? Wat is de meerwaarde van een gepromoveerde arts?

Doelgroep

Geneeskundestudenten, opleiders, docenten, promovendi

Opzet: activiteiten en opbrengst

Na een korte introductie zal het publiek openlijk in debat treden met elkaar. In het debat zullen de volgende thema's worden behandeld: 1. De waarde van gepromoveerde arts, 2. De noodzaak om te promoveren voor een opleidingsplek, 3. De voor- en nadelen van het toenemende aantal promovendi binnen de medische sector.

De thema's zullen ingeleid worden door een spreker die met een elevatorpitch een aantal stellingen zal inleiden, gevolgd door een plenaire discussie in de vorm van een Lagerhuis debat. Tot slot zal er in een korte presentatie ingegaan worden op het perspectief van studenten, gebaseerd op een landelijke enquête onder geneeskundestudenten (N=3007) over promoveren.

Max aantal deelnemers: 40

Trefwoord: Students/Trainees: Career choice, Students/Trainees: All, Students/Trainees: General

Wijze van presentatie: Rondetafelsessie

Brouwers MH, Rasenberg E
Radboudumc

Thema

Een arts moet een doeltreffende relatie aan kunnen gaan en onderhouden met patiënten, hun naasten en andere werkers in de maatschappelijke zorg en gezondheidszorg." [1] . Daarom moet hij zelfbewust, met inzicht in zijn persoonlijke communicatiestijl en de effecten hiervan op het gesprek, met hen kunnen communiceren. Dit inzicht verkrijgt een arts niet vanzelf.

Daarom hebben we een training ontworpen waarin studenten kennis vergaren over diverse communicatiestijlen. Ze gaan ontdekken wat hun eigen (voorkeurs-)communicatiestijl in het dagelijkse leven en in hun rol als arts is, wat de achtergronden hiervan zijn, wat de effecten hiervan op de arts-patiëntrelatie zijn en hoe hij kan switchen naar een andere stijl als de situatie daarom vraagt. Deze workshop geeft een impressie van deze training door de deelnemers verkort enkele van de oefeningen te laten ervaren.

Doel

1. Deelnemers krijgen inzicht in de theoretische achtergrond van communicatiestijlen en de relatie met socialisatie
2. Deelnemers krijgen inzicht in het effect van de verschillende communicatiestijlen op de arts-patiëntcommunicatie
3. Deelnemers ervaren het effect van hun voorkeurscommunicatiestijl op de arts-patiëntcommunicatie
4. Deelnemers ervaren het effect van een andere communicatiestijl op de arts-patiëntcommunicatie.

Doelgroep

Docenten en trainers arts-patiënt communicatie, docenten persoonlijke ontwikkeling, coaches, iedereen die met patiënten werkt

Opzet: activiteiten en opbrengst

- a) Introductie (achtergrond, doel en inhoud workshop), 2 min
- b) Uitleg theorie communicatiestijl met voorbeelden, 8 min
- c) Oefenen: subgroepjes van 5 worden toegewezen aan een communicatiestijl, vanuit deze stijl gaan ze proberen te reageren op een neutrale uitspraak van de acteur. Interactieve feedback door de acteur na 4 reacties. Dan doordraaien zodat ieder groepje een andere communicatiestijl krijgt (= 1 ronde). Totaal 2 rondes, totale tijd: 20 min
- d) Oefenen: 1 deelnemer gaat met zijn voorkeurscommunicatiestijl een simpel consult doen met de acteur. Overige deelnemers observeren. Na afloop interactieve feedback door de acteur, begeleider en andere deelnemers. Daarna gaat de deelnemer hetzelfde consult doen met een ander communicatiestijl, weer gevolgd door interactieve feedback (=1 ronde). Totaal 2 rondes, totale tijd 30 min.
- e) Afronding: deelnemers worden gevraagd hun leeropbrengst van de workshop op te schrijven en hoe ze dit zouden willen implementeren in hun eigen communicatieonderwijs. Snel rondje om dit te inventariseren. Deelnemers kunnen evt. na 6 weken een herinnering krijgen aan hun voornemen van de begeleiders, mochten ze dit wensen (inschrijft), 15 min.

Referenties

1 Herwaarden, C.L.A.L., R. F. J. M.; Leunissen, R. R. M., <i>Raamplan Artsopleiding 2009</i>, NfU, Editor. 2009. p. 1-95

Max aantal deelnemers: 20

Trefwoord: Learning outcomes: Communication skills, Learning outcomes: Professionalism/attitude/ethics

Wijze van presentatie: Workshop

Een systematische review naar validiteitsbewijs van vragenlijst tools voor het evalueren van medisch specialisten

Meulen MW van der¹, Smirnova A¹, Oude Egbrink MA¹, Heeneman S¹, Lombarts MJMH², Vleuten CPM van der¹

¹Universiteit Maastricht, ²Amsterdam UMC, loc. AMC

Probleemstelling

Er zijn veel instrumenten ontwikkeld om het functioneren van artsen te meten, vooral met behulp van vragenlijsten¹. Echter, om een sterk argument te maken voor het formatieve en summatieve gebruik van deze vragenlijsten moet er validiteitsbewijs worden verzameld. Daarbij verschilt het type validiteitsbewijs per gebruik: summatieve doeleinden vergen meer en ander bewijs dan voor formatieve doeleinden. Het is daarom belangrijk om met deze '*argument-based approach*'² validiteitsbewijs van vragenlijsten te onderzoeken om zo de professionele ontwikkeling van artsen, in hun rol als zorgverlener, opleider en onderzoeker, te ondersteunen.

Methode

In de volgende databases zochten wij naar validiteitsbewijzen van vragenlijsten: PubMed, ERIC, PsycINFO and Web of Sciences. Artikelen zijn gescreend op titel en samenvatting, en geselecteerd met inclusiecriteria: 1) studie van één of meerdere vragenlijstinstrumenten 2) design van het vragenlijstinstrument 3) vermelding van bewijzen voor validatie 4) praktiserende artsen als doelgroep. Data extractie was gebaseerd op de vier onderdelen van het validiteitsargument van Kane, die samen een coherent geheel vormen: scores (bewijs voor item en scores ontwikkeling), generalisatie (is de geobserveerde evaluatie/score te generaliseren naar de ware score), extrapolatie (zijn de evaluaties representatief voor daadwerkelijke performance) en implicaties (wat zijn de effecten van evaluatie en zijn de consequenties redelijk). Om een sterk argument te maken moet er op elk onderdeel van het argument bewijs worden verzameld, het validiteitsargument is zo sterk als de zwakste schakel.

Resultaten

Na screening van 8533 artikelen zijn 46 artikelen gevonden over het klinisch functioneren en 71 artikelen over opleiderskwaliteiten, maar geen artikelen voor onderzoeksvaardigheden. Validiteitsbewijs voor het argument om vragenlijsten voor formatieve en summatieve doeleinden te gebruiken is vooral gevonden voor de generalisatie en extrapolatie onderdelen. Er is weinig bewijs voor de implicaties en conflicterend bewijs voor scores van de instrumenten gevonden. Zo is er weinig onderzoek gedaan naar de effecten van de vragenlijsten, en is er onduidelijkheid over het gebruik van vragenlijst schaalscores: beoordelaars gebruiken zelden het hele bereik van de schaalscores.

Discussie

Volgens de *argument-based approach* is er een redelijk argument voor het formatieve gebruik van vragenlijsten voor het evalueren van artsen als zorgverleners en opleiders. Echter, voor summatieve doeleinden mist er nog cruciaal bewijs wat betreft de implicaties. Zo is er nog onvoldoende onderzocht wat het effect is van het gebruik van vragenlijsten voor de geëvalueerde arts maar ook voor de maatschappij. Onderzoek naar implicaties van vragenlijsten voor evaluatie van artsen zal het validiteitsargument versterken. Echter, elk evaluatie-instrument heeft zijn sterke en zwakke punten, en een combinatie van verschillende instrumenten zal meer betekenisvolle informatie over het functioneren van artsen in hun rol als zorgverlener, opleider en onderzoeker opleveren.

Referenties

1 Donnon T, Al Ansari A, Al Alawi S, Violato C. The reliability, validity, and feasibility of multisource feedback physician assessment: a systematic review. *Acad Med.* 2014;89(3):511-516.

2 Kane MT. Validating the interpretations and uses of test scores. *J Educ Meas.* 2013;50(1):1-73.

Trefwoord: Assessment: Psychometrics, Teachers/Trainers: Faculty/Staff development

Wijze van presentatie: Onderzoekspaper

Observatie-patronen in de vervolgopleiding, volgens huisarts-opleiders

Rietmeijer CBT¹, Teunissen PW¹, Scheele F¹, Blankenstein AH¹, Kramer AWM²

¹Amsterdam UMC, loc. VUmc, ²LUMC

Probleemstelling

Observatie van de aios is noodzakelijk voor het geven van geloofwaardige feedback en beoordeling¹. Toch is observatie in de medische vervolgopleidingen laag frequent en de kwaliteit van de observaties vaak laag¹. In de literatuur over feedback en beoordeling wordt observatie veelal slechts als instrumenteel gezien. Recente literatuur laat zien hoe observatie kan conflicteren met autonomie, efficiëntie en authenticiteit van de aios^{2,3}. Meer begrip van de mogelijke complexiteit van observatie in werkplekleren kan bijdragen aan een betere toepassing van observatie in de praktijk.

Onze onderzoeksvraag luidde: Wat zijn de verschijningsvormen, betekenissen en effecten van observatie in zich ontwikkelende opleidingsrelaties in de huisartsopleiding?

Methode

Constructivist grounded theory was de basis voor onze data-verzameling en analyse. Wij deden een focusgroep studie met huisarts-opleiders van het VUmc Amsterdam. We vroegen de deelnemers naar hun gedachten en gevoelens rondom het observeren van hun aios. We beperkten ons daarbij tot het observeren van technische vaardigheden. *Theoretical sufficiency* werd bereikt na vier focusgroepen met een totaal van 28 deelnemers. Middels voortdurende vergelijkende analyse werd een theoretisch model ontwikkeld.

Resultaten (en conclusie)

Huisarts-opleiders wegen observatie steeds af tegen niet observeren. Bij het beslissen om wel of niet te observeren spelen de betekenissen en effecten van observatie, zoals die door de supervisor worden beleefd een grote rol. Observatie manifesteert zich doorgaans volgens vier patronen:

- geplande, vaak bi-directionele observatie-sessies aan het begin van de opleidingsrelatie
- ad hoc observatie op initiatief van de aios
- ad hoc observatie op initiatief van de opleider
- voortgezette, geplande, vaak bi-directionele observatie-sessies

De verschillende observatie-patronen waren geassocieerd met verschillende betekenissen, zoals controle of vertrouwen, en effecten, zoals een nieuwe vaardigheid leren of ongemak, die allemaal te herleiden waren tot de opleidingsrelatie, patiënt veiligheid en het leren van de aios.

Discussie

In lijn met de literatuur vinden wij dat geplande observatie een grote rol speelt in een goede start van de opleidingsrelatie⁴. Door beurtelings te observeren en geobserveerd te worden combineren opleiders controle met het voordoen van vaardigheden. Het is opvallend dat de meeste opleiders hier na de beginperiode mee ophouden. Ad hoc observatie kan op grond van ons onderzoek en de literatuur problematisch zijn omdat zowel aios als opleiders hun redenen kunnen hebben om dat liever niet te initiëren^{2,3}. Dat werpt een nieuw licht op het verzamelen van Korte Praktijkbeoordelingen (KPB's) waarbij veelal van ad hoc observaties gebruik wordt gemaakt. De door ons gevonden patronen in observatie zouden bij het streven naar meer en betere observaties in het werkplekleren betrokken moeten worden.

Referenties

- 1 Kogan JR, Hatala R, Hauer KE, Holmboe E. Guidelines : The do ' s , don ' ts and don ' t knows of direct observation of clinical skills in medical education. *Perspect Med Educ*. 2017;6(5):286-305.
- 2 Watling C, LaDonna KA, Lingard L, Voyer S, Hatala R. "Sometimes the work just needs to be done": socio-cultural influences on direct observation in medical training. *Med Educ*. 2016;50(10):1054–64.
- 3 LaDonna KA, Hatala R, Lingard L, Voyer S, Watling C. Staging a performance: learners' perceptions about direct observation during residency. *Med Educ*. 2017;2111:1–13.
- 4 Sagasser MH, Kramer AWM, van Weel C, van der Vleuten CPM. GP supervisors' experience in supporting self-regulated learning: a balancing act. *Adv Heal Sci Educ*. 2015;20(3):727–44

Trefwoord: Medical education: Postgraduate education, Learning outcomes: Clinical and practical skills, Assessment: Workplace-based (on-the-job)

Wijze van presentatie: Onderzoekspaper

Feedback in voortgangsgesprekken tussen medisch specialisten en aios

Duitsman ME¹, Braak M van², Stommel WJP³

¹Radboudumc, ²Erasmus MC, ³Radboud Universiteit

Probleemstelling

Hoewel feedback een essentieel element is in medisch specialistische vervolgoopleidingen, worstelen veel medische specialisten met het geven van constructieve feedback aan hun aios.¹ Structureel ingeplande voortgangsgesprekken, die bedoeld zijn voor opleiders om *samen met de aios* het functioneren van de aios te evalueren, worden door aios ervaren als onvoldoende constructief. Een gedetailleerde analyse van de manier waarop in deze gesprekken feedback wordt gegeven mist; wij onderzochten daarom hoe feedback in voortgangsgesprekken op een waardevolle manier kan worden ingezet als gezamenlijke activiteit.

Methode

We analyseerden acht voortgangsgesprekken tussen opleiders en aios van verschillende disciplines (opgenomen in 2015-2016) met Conversatieanalyse.² Conversatieanalyse is een kwalitatieve, data-gestuurde analysemethode die als doel heeft de interactionele patronen bloot te leggen die natuurlijke interactie structureren. De resultaten van de analyse zijn gebaseerd op fragmenten waarin het functioneren van de aios daadwerkelijk werd besproken (N=62).

Resultaten (en conclusie)

Twee manieren van feedback geven deden zich voor: feedback geven als een evaluatieve activiteit en als een reflectieve activiteit. De *evaluatieve feedbackactiviteit* begon meestal met het noemen van een specifiek handelingsaspect door de opleider, gevolgd door een evaluatie daarvan (negatief/positief) en eventueel afgesloten met een plan van aanpak. De bijdrage van aios tijdens de evaluatieve feedbackactiviteit was minimaal. Negatieve feedback werd vrijwel altijd afgezwakt door de opleider en/of aios, werd regelmatig voorafgegaan door positieve feedback, en bevatte veel aanwijzingen dat het geven van negatieve feedback interactioneel problematisch is. *Reflectieve feedbackactiviteiten* bevatten een substantiële bijdrage van aios. Deze fragmenten werden vaak door de opleider geïnitieerd met een vraag. Het afsluitend geformuleerde plan van aanpak was meer dan in de evaluatieve feedbackfragmenten het resultaat van een gezamenlijke constructie van doelen en vervolgstappen.

Discussie

Onze studie biedt inzicht in concrete interactionele gedragingen die zouden kunnen verklaren waarom de huidige voortgangsgesprekken als onvoldoende constructief worden ervaren door aios. De resultaten geven opleiders concrete handvatten om hun feedbackgesprekken te optimaliseren: 1. vermijd afzwakkingen van negatieve feedback, 2. nodig de aios uit zelf hun functioneren toe te lichten door de feedback te beginnen met een vraag, en 3. laat ruimte voor bespreekpunten vanuit de aios. Deze uitkomsten roepen vragen op over huidige adviezen en theorieën over feedback, die zich vaak uitsluitend richten op de feedbackgever. Verdere analyses van feedbackgesprekken in verschillende (medische) contexten zijn nodig om ons begrip van feedback als een gezamenlijke activiteit te vergroten.

Referenties

1 Dudek, N. L., Marks, M. B., & Regehr, G. (2005). Failure to fail: the perspectives of clinical supervisors. *Academic Medicine*, 80(10), S84-S87."

2 Sidnell, J. (2012). Basic conversation analytic methods. In: J. Sidnell and T. Stivers (Eds.), *The Handbook of Conversation Analysis* (pp. 77-100). Boston, MA: Wiley-Blackwell.

Trefwoord: Medical education: Postgraduate education, Assessment: Feedback

Wijze van presentatie: Onderzoekspaper

Interacties van coassistenten: de kracht van engagement, imagination en alignment voor professionele identiteitsontwikkeling

Adema M¹, Dolmans DHJM², Scheele F³, Jaarsma ADC¹, Helmich E¹

¹UMC Groningen, ²Universiteit Maastricht, ³Amsterdam UMC, loc. VUmc

Probleemstelling

Hoewel de ontwikkeling van professionele identiteit in de studie geneeskunde steeds meer aandacht krijgt, blijft het een uitdaging om studenten te begeleiden in hun identiteitsontwikkeling tijdens de coschappen. De coschappen vormen een bepalende en ook kwetsbare periode voor de persoonlijke en professionele ontwikkeling van studenten¹. Uit onderzoek weten we dat andere personen en de sociale omgeving een sterke invloed hebben op identiteitsontwikkeling². We weten echter niet hoe coassistenten betekenisvolle relaties opbouwen wanneer ze participeren in een verscheidenheid aan sociale omgevingen, waarbij ze worden blootgesteld aan een variatie aan afdelingen, culturen, gezondheidsprofessionals, medestudenten en patiënten. Wij onderzochten, gebruikmakend van de theorie van 'communities of practice', met wie studenten interacteren en hoe relaties met anderen bijdragen aan identiteitsontwikkeling.

Methode

Negen coassistenten van het Universitair Medisch centrum Groningen hebben gedurende hun tweede masterjaar audiodagboeken bijgehouden. Tijdens deze periode liepen zij coschappen op 10 verschillende afdelingen (academisch en perifeer). De coassistenten spraken elk coschap minimaal 2 ervaringen in waarbij ze reflecteerden op zichzelf en op de toekomstige arts die ze wilden worden. Daarnaast werd hen gevraagd de personen die betrokken waren bij de ervaring te omschrijven. De audiodagboeken werden getranscribeerd en thematisch geanalyseerd, met behulp van de *modes of belonging: engagement, imagination en alignment*.

Resultaten (en conclusie)

In elke coschap speelden de relaties met artsen, patiënten en medestudenten een belangrijke rol. Binnen deze relaties werden studenten betrokken in betekenisvolle ervaringen. Het observeren van rolmodellen en bespreken van toekomstperspectieven met medestudenten hielp studenten een beeld te vormen van hun toekomst als arts. Participanten beschreven hoe verbeelding (imagination) en het uitgenodigd worden om zich niet alleen te conformeren aan hun positie als coassistent (alignment) maar zich, ook als coassistent, te identificeren met een rol als hulpverlener, hen hielp in de ontwikkeling van hun professionele identiteit.

Discussie

Om identiteitsontwikkeling goed te begrijpen, moet er ruimte en aandacht zijn voor alle drie de *modes of belonging*. *Engagement* van studenten is erg zichtbaar op de afdeling en daardoor makkelijk te stimuleren. *Imagination* en *alignment* overstijgen de grenzen van de fysieke omgeving en zijn daarom belangrijk om betekenis te geven aan de toekomstige rol als arts.

Referenties

- 1 Treadway K, Chatterjee N. Into the water—the clinical clerkships. N Engl J Med 2011;364(13): 1190-1193.
- 2 Burford B. Group processes in medical education: learning from social identity theory. Med Educ 2012;46(2):143-152.

Trefwoord: Curriculum: Education environment, Medical education: Undergraduate education, Students/Trainees: Student support and counselling

Wijze van presentatie: Onderzoekspaper

De constructie van een drie fasen-model voor de remediëring van onprofessioneel gedrag van geneeskundestudenten

Mak-van der Vossen MC¹, Croix A de la¹, Teherani A², Mook WNKA van³, Croiset G⁴, Kusrkar RA¹

¹Amsterdam UMC, loc. VUmc, ²University of California San Francisco, ³Universiteit Maastricht, ⁴UMC Groningen

Probleemstelling

Voor het remediëren van onprofessioneel gedrag van geneeskundestudenten bestaan verscheidene theoretische modellen, maar geen daarvan is gebaseerd op empirisch onderzoek. (Ellaway, 2018; Stegers-Jager, 2017) Het doel van deze studie was het ontwikkelen van een model op basis van ervaringen van experts. Onprofessioneel gedrag werd gedefinieerd als gedrag dat het vertrouwen van patiënten, docenten of medestudenten in de student ondermijnt. De onderzoeksvraag was: Hoe geven ervaren medisch docenten, verantwoordelijk voor de aanpak van professioneel gedrag-problemen, vorm aan het beleid voor remediëring van onprofessioneel gedrag van geneeskundestudenten?

Methode

Een constructivistische 'grounded theory' methode, gebruik makend van 'sensitising concepts' uit eerder onderzoek, werd toegepast om een model te construeren dat beslissingen in het remediëeringsproces verklaart. We benaderden doelbewust docenten die minstens drie jaar verantwoordelijk waren geweest voor remediëring. Er werden 23 diepte-interviews gevoerd met 19 remediëringsexperts (vier van hen werden tweemaal geïnterviewd) van 13 verschillende Amerikaanse geneeskundeopleidingen. Het verzamelen, coderen, en analyseren van de data werd uitgevoerd in een iteratief proces, opdat het resulterende model stevig zou zijn verankerd in de data. Door overleg bereikten de onderzoekers consensus over data-sufficiëntie en de resultaten.

Resultaten (en conclusie)

Uit de beschrijvingen van de deelnemers kwam een gefaseerde aanpak van remediëring naar voren. De eerste fase is gericht op het exploreren van redenen voor het onprofessionele gedrag en het begrijpen van het perspectief van de student. De eventuele overgang naar de volgende fase wordt vooral bepaald door de oorzaken voor het gedrag. Deze tweede fase heeft tot doel individueel onderwijs te geven, bijvoorbeeld om kennis en vaardigheden te vergroten, maar ook om steun te bieden bij lastige persoonlijke omstandigheden. Als uiteindelijk blijkt dat deze inspanningen niet leiden tot verbetering van het gedrag, en vooral als de patiëntveiligheid in het geding zou kunnen komen, gaat de derde fase in. In deze laatste fase ligt de nadruk op het genereren van bewijslast voor sancties, zoals tijdelijke of permanente uitsluiting van het onderwijs. In fase 3 vervullen de docenten de rol van poortwachter van de professie, in plaats van docent en ondersteuner van de student. Deze rolwisseling kan leiden tot belangenconflicten, bijvoorbeeld als een student vele studie jaren heeft geïnvesteerd, maar desondanks gedrag blijft vertonen dat te veel risico voor de patiëntveiligheid met zich meebrengt, en daarom uit de opleiding verwijderd zou moeten worden.

Discussie

De bevindingen hebben geleid tot een model voor remediëring dat aansluit op eerder voorgestelde modellen, en bleken—bij beschouwing achteraf—te passen binnen het overkoepelende concept van de 'Communities of Practice'. (Wenger, 2008) In fase 1 en 2 worden studenten geholpen om de community binnen te treden. In fase 3 is de richting omgekeerd: de student wordt naar buiten geleid. Met het gegenereerde model kunnen docenten op wetenschappelijk gefundeerde wijze vorm geven aan de remediëring van studenten met professioneel gedrag-problemen. Het onderzoek was beperkt tot de Amerikaanse context, en de resultaten zijn derhalve niet zonder meer toepasbaar in de Nederlandse situatie.

Referenties

- 1 Ellaway, R. H., Chou, C. L., & Kalet, A. L. (2018). Situating remediation: accommodating success and failure in medical education systems. *Academic Medicine*, 93(3), 391-398.
- 2 Stegers-Jager, K. M., Cohen-Schotanus, J., & Themmen, A. P. (2017). The Four-Tier Continuum of Academic and Behavioral Support (4T-CABS) Model: An Integrated Model for Medical Student Success. *Academic Medicine*, 92(11), 1525-1530.
- 3 Wenger, E. *Communities of Practice: learning, Meaning and Identity* (2008). Cambridge University Press

Trefwoord: Learning outcomes: Professionalism / attitude / ethics, Medical education: Undergraduate education, Students/Trainees: Student support and counselling

Wijze van presentatie: Onderzoekspaper

Bevlogenheid en welzijn: de rol van persoonlijke hulpbronnen onder artsen. Een cross-sectionele studie

Solms L¹, Pagter APJ de¹, Vianen AEM van², Theeboom T², Willemse AEM², Hoog M de¹

¹Erasmus MC, ²Universiteit van Amsterdam

Hoewel artsen bekend staan om hun bevlogenheid is hun werkomgeving vaak stressvol (o.a. tijdsdruk en veeleisende interacties met patiënten). Hierdoor lopen artsen een verhoogd risico op stress en burn-out. Uit onderzoek blijkt dat dit negatieve gevolgen kan hebben voor zowel de artsen als patiënten.

Recent onderzoek laat zien dat 20 percent van de AIOS symptomen van burn-out vertonen¹.

Eén van de meest gebruikte modellen om burn-out te onderzoeken is het Job Demands-Resources (JD-R) model. Dit model stelt dat mensen stress ervaren (hetgeen tot burn-out kan leiden) als de werkeisen (bijv. werkdruk) de energie- (bijv. autonomie) en persoonlijke hulpbronnen (bijv. psychologisch kapitaal) van een persoon overstijgen. Op basis van dit model onderzoeken wij in hoeverre werkeisen en persoonlijke hulpbronnen geassocieerd zijn met stress, bevlogenheid en welzijn. We verwachtten op basis van het JD-R model dat zowel energiebronnen als persoonlijke hulpbronnen positief zijn geassocieerd met bevlogenheid en welzijn. Exploratief onderzoeken wij of AIOS en specialisten anders omgaan met werkeisen en energie- en persoonlijke hulpbronnen.

Zowel AIOS als specialisten uit medische centra in Nederland namen deel aan een online vragenlijst onderzoek. Alle variabelen in deze studie zijn gemeten met gevalideerde vragenlijsten (*Uitkomsten*:

Utrechtse Burnout Schaal, Perceived Stress Scale, Work Engagement Scale; *Work demands*: Quantitative Workload Questionnaire, Psychological Safety Scale; *Persoonlijke hulpbronnen*: PsyCap Questionnaire; *Energiebronnen*: Work Design Questionnaire, Job Insecurity Scale).

Statistische analyse. De data werden geanalyseerd met behulp van variantieanalyses.

Deze studie presenteert de eerste data van een [longitudinale studie](#). Deelnemers ($N = 196$, waarvan 154 vrouwen, $M_{\text{age}} = 36.7$ jaar) waren medisch specialisten ($n = 69$) en AIOS ($n = 124$), werkzaam op het gebied van kindergeneeskunde ($n = 142$), neurologie ($n = 14$) en interne geneeskunde ($n = 37$).

AIOS rapporteerden significant lagere energiebronnen met betrekking tot autonomie ($F = 15.10, p < .01$), en psychologische veiligheid ($F = 17.74, p < .01$) en hogere werkeisen met betrekking tot baanonzekerheid ($F = 50.58, p < .01$) vergeleken met specialisten.

Voor zowel AIOS als medisch specialisten waren de persoonlijke hulpbronnen psychologisch kapitaal ($r = .58, p < .001$) en proactief werkgedrag ($r = .42, p < .001$) gerelateerd aan bevlogenheid. Hoge werkeisen waren gerelateerd aan stress ($r = .35, p < .01$).

Uit dit onderzoek komen diverse mogelijkheden voor interventies naar voren. Zo kunnen interventies bij AIOS gericht worden op lagere ervaren autonomie en psychologische veiligheid. Daarnaast lijkt het in het algemeen raadzaam te zijn om interventies te richten op persoonlijke hulpbronnen (psychologisch kapitaal) aangezien deze eenvoudiger veranderbaar zijn dan werkeisen (o.a. werkdruk) en mogelijk de negatieve effecten van stressoren kunnen ondervangen.

Referenties

1 Prins, J. T., Hoekstra-Weebers, J. E., Gazendam-Donofrio, S. M., Dillingh, G. S., Bakker, A. B., Huisman, M., ... & Van Der Heijden, F. M. (2010). Burnout and engagement among resident doctors in the Netherlands: a national study. *Medical Education*, 44, 236-247.

2 Bakker, A. B., & Demerouti, E. (2007). The job demands-resources model: State of the art. *Journal of Managerial Psychology*, 22, 309-328.

Trefwoord: Research in medical education: All, Students/Trainees: Stress, Students/Trainees: Health and welfare

Wijze van presentatie: Onderzoekspaper

D16.4 / Zaal 404

Zelfregulerend leren in de medische praktijk: welke strategieën worden werkelijk aangewend door erkende medisch specialisten?

Cuyvers K¹, Bossche P Van den², Donche V¹

¹Universiteit Antwerpen, ²Universiteit Maastricht

Probleemstelling

Vaardig zelfregulerend leren (ZRL) tijdens de beroepsuitoefening is een belangrijke voorwaarde om levenslang professioneel te blijven ontwikkelen alsook om de nodige activiteiten te ondernemen in het omgaan met uitdagingen uit de praktijk (Berkhout et al., 2017; Cuyvers, Van den Bossche, & Donche, 2017; Sagasser, Kramer, van der Vleuten, 2012). Theoretische kaders beschrijven ZRL als een intentioneel dynamisch gefaseerd proces. In bestaand onderzoek naar ZRL in werkplekcontexten worden meestal cross-sectionele zelf-rapportage technieken gebruikt om retrospectief en buiten de authentieke context ZRL te meten (Cuyvers et al., 2017). Deze onderzoeksaanpak vraagt van respondenten om abstractie te maken van de complexiteit van leren en zelfregulatie van leren tijdens de beroepsuitoefening (Cuyvers, Van den Bossche, Donche, 2018). Deze studie heeft tot doel te beschrijven welke zichtbare en metacognitieve zelfregulatie-strategieën medische specialisten werkelijk aanwenden tijdens hun dagelijkse praktijk.

Methode

Een longitudinaal multiple case-study onderzoek werd opgezet waaraan 13 Vlaamse erkende specialisten van verschillende disciplines deelnamen. Toestemming van ethische commissies werd bekomen alsook werd een geïnformeerd toestemmingsformulier ondertekend door de deelnemende specialisten. Lange-termijn observaties boden evidentie voor zichtbare zelfregulatie-strategieën. Geobserveerd gedrag werd verder gebruikt om stimulated recall (SR) interviews, eveneens tijdens de beroepsuitoefening, in te leiden en metacognitieve zelfregulatie-strategieën te bevragen. Veldnota's en audio-opnames van de SR interviews werden verbatim getranscribeerd en vanuit een longitudinale database geanalyseerd met behulp van het softwarepakket Nvivo 11.

Resultaten

Dit onderzoek toont aan dat ZRL bij medisch specialisten tijdens de beroepsuitoefening zeer nauw verbonden is met regulatie van performance. Activiteiten die ze aangeven te ondernemen om hun leren aan te sturen hebben vaak een performance-oorsprong en leren en regulatie van leren wordt vaak aangegeven als bijproduct van performance. Bovendien geven medisch specialisten aan dat vooraleer leren en zelfsturing van leren kan plaatsvinden een aantal andere metacognitieve activiteiten worden aangewend. Ze expliciteren het belang van alert-zijn voor mogelijke uitdagingen tijdens de jobuitoefening, ook tijdens activiteiten die op het eerste zicht routine lijken. Verder geven ze het herkennen van leeropportunities en bewustzijn voor leernoden, alsook reflectie over beiden aan als metacognitieve strategieën nog voor een mogelijke leerervaring plaatsvindt. Hoewel de genoemde regulatie-activiteiten niet lineair verlopen kan een onderscheid gemaakt worden naar activiteiten gerelateerd aan planning van leren, opvolging van leren en evaluatie van leren. Afhankelijk van de aard van de leerervaring verlopen leren en zelfregulatie van leren over een kortere dan wel langere tijd. Tijdens de planningsfase worden vaak performance-doelen aangehaald: een patiënt genezen of verder helpen staat hier eerder voorop dan leren. Leerdoelen worden vermeld in relatie tot het ervaren van een gebrek aan competenties. Medisch specialisten beschrijven vervolgens tal van zichtbare zelfregulatie-strategieën, zoals interactie met collega's, bronnen raadplegen en experimenteren. Metacognitief bewustzijn en monitoring van leren zijn moeilijk af te leiden uit de data. Specialisten geven vaak aan niet te weten hoe ze hun leerproces opvolgen. Ook hier blijkt monitoring van performance eerder op de voorgrond te staan. Reflectie en evaluatie worden slechts beperkt aangehaald als zelfregulatie-strategie. Specialisten geven aan te reflecteren over een eerder leerproces wanneer een nieuwe gelijkaardige casus zich voordoet.

Conclusie en discussie

Dit onderzoek levert een empirische bijdrage aan de inzichten aangaande ZRL van medisch specialisten tijdens hun beroepsuitoefening. De meest opvallende bevinding is de verwevenheid van performance en leren. ZRL vindt vaak plaats naar aanleiding van een performance doel. Afhankelijk van het verloop van de performance gaan regulatie van leren en performance verder hand in hand. De bevinding dat ZRL gerelateerd is aan de aard van de uitdaging die specialisten ervaren sluit aan bij de short en long self-regulation loops zoals eerder gevonden door Sagasser et al. (2012).

Referenties

- 1 Berkhout, J.J., Teunissen, P.W., Helmich, E., van Exel, J., van der Vleuten, C.P.M., Jaarsma, D.A.D.C. (2017). Patterns in clinical students' self-regulated learning behavior: a Q-methodology study. *Advances in Health Sciences Education*, 22, 105-121.
- 2 Cuyvers, K., Van den Bossche, P., & Donche, V. (2017). Self-regulation of professional learning in the workplace: a state of the art and future perspectives. Paper presented at the 17th Biennial Conference for Research on Learning and Instruction (EARLI), Tampere, Finland. (paper submitted)

for publication in *Human Resources Development*, Review)

3 Cuyvers, K., Van den Bossche, P., & Donche, V. (2018, submitted). Measuring self-regulation of professional learning: opportunities and challenges. *Frontline Learning Research*.

4 Sagasser, M.H., Kramer, A.W.M., van der Vleuten, C.P.M (2012). How do post-graduate GP trainees regulate their learning and what helps and hinders them? A qualitative study. *BMC Medical Education*, 12(67), 1-10.

Trefwoord: Learning outcomes: Life-long learning, Research in medical education: All, Assessment: Workplace-based (on-the-job)

Wijze van presentatie: Onderzoekspaper

Interdisciplinaire samenwerking in docententeams: een interviewstudie naar succesfactoren

Meeuwissen SNE, Gijselaers WH, Wolfhagen IHAP, Oude Egbrink MGA
Universiteit Maastricht

Probleemstelling

De multidisciplinariteit en complexiteit van zorg neemt toe. Daarom wordt aanbevolen dat docenten al in de gezondheidszorgopleidingen samenwerken met andere disciplines. Van deze interdisciplinaire docententeams wordt gevraagd om expertises te integreren, verschillende perspectieven te exploreren¹ en uiteindelijk samen thematisch onderwijs te ontwikkelen². Echter, dit blijkt in de praktijk complex. Omdat docenten voorheen voornamelijk solistisch werkten, is er nog weinig bekend over de samenwerking in interdisciplinaire docententeams en hoe individuen deze samenwerking kunnen beïnvloeden. Door identificatie van (inter)persoonlijke factoren die van invloed zijn op succesvolle samenwerking, kunnen we beter vorm geven aan de samenstelling en het faciliteren van interdisciplinaire docententeams. De onderzoeksvragen zijn daarom: op welke wijze vindt interdisciplinaire samenwerking plaats en welke (inter)persoonlijke factoren zijn hierop van invloed?

Methode

Deze kwalitatieve studie is uitgevoerd onder docenten in thematische (probleemgestuurde), eerstejaars blokken gezondheidswetenschappen, biomedische wetenschappen en geneeskunde aan de Universiteit Maastricht. Het betreft docenten met een achtergrond in sociale, biomedische en medische disciplines en minimaal 1 jaar ervaring in interdisciplinaire docententeams. We hielden 17 iteratief verlopende semigestructureerde interviews, gebruik makend van vignetten over teamprocessen¹. De interviews waren gefocust op persoonlijke (bijv. motivatie, zelfredzaamheid) en interpersoonlijke (bijv. psychologische veiligheid) factoren¹. Alle interviews werden getranscribeerd en door twee onafhankelijke onderzoekers iteratief geanalyseerd, gebruik makend van template analyse. We hielden interviews tot de template niet verder ontwikkelde.

Resultaten (en conclusie)

We identificeerden drie verschillende werkwijzen van interdisciplinaire docententeams: 1) integraal, 2) kader-gestuurd, en 3) gefragmenteerd. Integrale teams werkten gezamenlijk aan de inhoud van onderwijs en werkten student-gecentreerd. Kader-gestuurde teams werkten binnen de leeruitkomsten en verwachtingen die waren gegeven door de onderwijsorganisatie en kenmerkten zich door uitkomst-gecentreerd te werken. In gefragmenteerde teams werkten docenten meer individueel en gericht op de eigen discipline. Kenmerkend voor deze werkwijzen waren verschillen in individuele motivatie, betrokkenheid en een duidelijke visie op onderwijs. Ook creativiteit, toewijding aan het team en interesse en respect voor andere disciplines bleken van belang. Integraal werkende teams werden als meest succesvol beschouwd, omdat zij meest tevreden waren over het teamwerk en hun teamprocessen belangrijke eigenschappen van productieve teams reflecteerden. Vooral gefragmenteerde docententeams reflecteerden minder succesvolle teamprocessen en minder tevredenheid over het eindproduct. Deze docenten kenmerkten zich door lage psychologische veiligheid en lage individuele zelfredzaamheid in hun onderwijstaak.

Discussie

Integraal werkende docententeams zijn de meest succesvolle teams. Zij tonen hoge mate van teamprocessen en lijken gebaat bij wederzijds respect, gelijkwaardigheid en een student-gecentreerde visie van docenten -een belangrijk kenmerk van probleemgestuurd onderwijs-. Kader-gestuurde en gefragmenteerd werkende docententeams tonen in mindere mate interdisciplinaire teamprocessen. Docenten moeten bewuster zijn van de limitaties van klassiek discipline-gecentreerd werken en er zouden tools voor meta-communicatie kunnen worden ontwikkeld om ieders rol en discipline beter te begrijpen en teamprocessen te verbeteren.

Referenties

- 1 Decuyper, S., et al. (2010). Grasping the dynamic complexity of team learning: An integrative model for effective team learning in organisations. *Educational Research Review*, 5(2), 111-133.
- 2 Alam Sher Malik & Rukhsana Hussain Malik (2011). Twelve tips for developing an integrated curriculum, *Medical Teacher*, 33:2, 99-104.

Trefwoord: Teaching & learning: Collaborative/peer-to-peer, Curriculum: Integration, Education management: General

Wijze van presentatie: Onderzoekspaper

Een internationale studie gericht op de validering van docentprofielen op basis van opvattingen over onderwijs

Jacobs JCG¹, Wilschut J¹, Scheele F², Vleuten CPM van der³, Croiset G⁴, Kusurkar RA¹

¹Amsterdam UMC, loc. VUmc, ²Onze Lieve Vrouwe Gasthuis, ³Universiteit Maastricht, ⁴UMC Groningen

Probleemstelling

Opvattingen van docenten over onderwijs beïnvloeden hun doceergedrag en de prestaties van hun studenten. [1] Docentprofessionalisering moet meer aandacht besteden aan deze opvattingen om blijvende veranderingen in de onderwijspraktijk te bewerkstelligen. Om opvattingen te meten, construeerden we de COLT-vragenlijst (Conceptions of Learning and Teaching) in de context van twee studentgecentreerde curricula in Nederland. De COLT (<http://colt.vumc.nl>) bestaat uit 18 items en drie schalen: 'docentgecentreerdheid', 'waardering voor activerend onderwijs' en 'oriëntatie op de toekomstige beroepspraktijk'. We vonden vijf docentprofielen die we Transmitters, Organizers, Intermediates, Facilitators en Conceptual Change Agents noemden. [2]. Deze studie onderzoekt of de vijf docentprofielen generaliseerbaar zijn naar een internationale context. De onderzoeksvraag is : welke docentprofielen worden in een internationale context gevonden?

Methode

De gegevens zijn verzameld met de COLT-website die vrij toegankelijk is. Na invullen van de vragenlijst ontvangen docenten direct feedback over hun opvattingen en docentprofiel. Deelnemers wordt middels informed consent gevraagd om hun antwoorden in gecodeerde vorm voor onderzoeksdoeleinden te gebruiken. Ethische goedkeuring is verleend door de NVMO Ethical Board (nr. 330). Ward's methode werd gebruikt om het aantal clusters te onderzoeken op basis van de verklaarde variantie, gecombineerd met een k-means clustering. Een 'split-half' analyse techniek werd uitgevoerd voor de validatie van docentprofielen.

Resultaten

Respondenten (n = 694) waren afkomstig uit 32 landen. Cronbach's alpha's voor 'docentgecentreerdheid', 'waardering voor activerend onderwijs' en 'oriëntatie op de toekomstige beroepspraktijk' waren respectievelijk 0.67, 0.54 en 0.66. Een zes-clusteroplossing paste het beste vanwege psychometrische eigenschappen en interpreteerbaarheid. De verklaarde variantie voor 'docentgecentreerdheid' was 71%, voor 'waardering voor activerend onderwijs' 51% en voor 'oriëntatie op de toekomstige beroepspraktijk' 60%. Ten opzichte van de vijf docentprofielen die eerder werden gevonden, had het zesde docentprofiel hogere scores op de docentgecentreerdheid en waardering van activerend onderwijs. We noemden dit profiel 'Neo-Transmitters'.

Discussie

In deze grootschalige internationale studie met docenten uit verschillende curriculumtypen en culturen onderzochten we de generaliseerbaarheid van de vijf docentprofielen uit eerder onderzoek. We vonden zes docentprofielen. Het nieuwe docentprofiel genaamd 'Neo-Transmitters' weerspiegelt de heterogeniteit van de internationale groep docenten met verschillende curriculumtypen en culturen. Verder onderzoek naar de relatie tussen docentprofielen, curriculumtype en culturen is interessant, onder meer voor docentprofessionalisering en curriculuminnovaties.

Referenties

1 Gibbs G, Coffey M. The impact of training of university teachers on their teaching skills, their approach to teaching and the approach to learning of their students. *Act Learn High Educ.* 2004;5:87-100.

2 Jacobs JCG, Van Luijk SJ, Galindo-Garre F, Muijtjens AMM, Van der Vleuten CPM, Croiset G, Scheele F. Five teacher profiles in student-centred curricula based on their conceptions of learning and teaching. *BMC Med Educ.* 2014;14(1):220. doi:10.1186/1472-6920-14-220.

Trefwoord: Teachers/Trainers: Faculty/Staff development, Teaching & learning: General Medical education: Undergraduate education

Wijze van presentatie: Onderzoekspaper

Burgt SME van der, Kusurkar RA, Wilschut JA, Tjin A Tsoi S, Croiset G, Peerdeman SM
Amsterdam UMC, loc. VUmc

Probleemstelling

Volgens het laatste onderzoek naar vermijdbare nadelige gevolgen van de zorg in Nederlandse ziekenhuizen zijn kennis en vaardigheden over technologische ontwikkelingen en de veerkracht van de professionals de zwakke punten die aandacht en verbetering behoeven. (Langelaan et al., 2017) Volgens de self-determination theorie (SDT) zijn er twee soorten van motivatie en zorgt het hebben van autonome motivatie voor werk (AM) voor betere (academische) prestaties en patiëntenzorg en meer welzijn en veerkracht ten opzichte van gecontroleerde motivatie voor werk (CM). In de literatuur zijn onder studenten en apothekers vier verschillende motivatie profielen, gebaseerd op de combinatie van de levels van AM en CM, gevonden. De motivatie profielen met een hoger level van AM worden door de SDT onderschreven als ideaal. Echter voor specialisten is hier nog geen onderzoek naar gedaan. Daarom was het doel van dit onderzoek om te bepalen welke verschillende motivatie profielen medisch specialisten hebben en of deze profielen dan verschil in motivatie voor levenslang leren voorspellen.

Methode

Onder alle (1591) medisch specialisten van vijf Nederlandse ziekenhuizen is een digitale vragenlijst uitgezet met in totaal 72 vragen. Volgens de poweranalyse zijn er minimaal 180 respondenten nodig in deze studie. Naast achtergrond karakteristieken (zoals leeftijd, geslacht en type ziekenhuis) zijn werkmotivatatie onderverdeeld in AM en CM (gemeten met de multidimensional work motivation scale MWMS, 19 vragen met een 7-punt likert antwoordschaal). De scores op AM en CM zijn geanalyseerd door middel van een twee-stap clusteranalyse: Ward's methode en een K-means clusteranalyse, om eventuele motivatie profielen te onderscheiden. In de vragenlijst is motivatie voor levenslang leren gemeten met de Jefferson scale of physician lifelong learning (JeffSPLL, 14 vragen met 4-punt likert antwoordschaal) gemeten. Door middel van gemiddelde scores gekeken of profielen verschil in motivatie voor levenslang leren voorspellen en door middel van multinomiale logistische regressie of de achtergrond karakteristieken van invloed zijn op de motivatie profielen.

Resultaten en conclusie

In totaal hebben 193 (12,2%) medisch specialisten de vragenlijst ingevuld, meer dan het minimaal benodigde aantal van 180. Onder de medisch specialisten zijn vier motivatie profielen te vinden; 1) HAMC (hoog autonoom en gemiddeld gecontroleerd gemotiveerd), 2) HALC (hoog autonoom en laag gecontroleerd gemotiveerd), 3) MAMC (gemiddeld autonome en gemiddeld gecontroleerde motivatie) en 4) MALC (gemiddeld autonome en laag gecontroleerde motivatie). De grootste groep specialisten zit in profiel HALC en MAMC. Qua demografische variabelen zit er verschil in mannen (voornamelijk in MAMC) en vrouwen (voornamelijk in HAMC en HALC). Specialisten ouder dan 50 zijn voornamelijk (33%) in HAMC. De chirurgische specialismen zijn voornamelijk in het HALC profiel te vinden. En de HAMC en HALC profielen scoren significant hoger op motivatie voor levenslang leren.

Discussie

Levenslang leren is van belang voor de zorgkwaliteit en de patiënt veiligheid. Volgens SDT is hogere mate van AM hiervoor van belang. Hoewel we ook onder medisch specialisten vier motivatie profielen hebben gevonden verschillen deze in kwaliteit met de al bekende profielen in de literatuur. Specialisten lijken hoog tot gematigd op AM te scoren en gematigd tot laag op CM. In de al bekende profielen is er voor AM en CM alleen hoog of laag gescoord. Meer dan 50% van de specialisten heeft een ander profiel dan het meest ideale HALC profiel en daarmee een hoger risico op slechte veerkracht, lagere performance en mindere zorgkwaliteit. (Deci&Ryan, 2004) Nu we ons bewust zijn van de verschillen in motivatie tussen specialisten, kan deze kennis worden gebruikt om elke groep specialisten de juiste ondersteuning en interventies te bieden voor de praktijk en levenslang leren op basis van hun motivatieprofiel. De respons voor de studie was misschien laag maar voldeed gezien de power analyse en een breed spectrum aan specialismen was present. Daarnaast zou de groep specialisten die mee heeft gedaan meer gemotiveerd of geïnteresseerd in dit onderwerp kunnen zijn, wat een positieve bias aan onze resultaten zou geven. Als dit inderdaad zo is, is de noodzaak voor de juiste interventies en ondersteuning nog urgenter.

Trefwoord: Learning outcomes: Life-long learning, Medical education: CPD

Wijze van presentatie: Onderzoekspaper

Leren faciliteren: Docentprofessionalisering in het Uitwisselen van Ervaringen in de huisartsopleiding

Braak M van¹, Veen M¹, Girolodi E², Berg PJ van den¹

¹Erasmus MC, ²Universiteit Maastricht

Context/probleemstelling of aanleiding

Het Uitwisselen van Ervaringen (UvE) is een belangrijk onderdeel van het wekelijkse terugkomdagonderwijs op de Nederlandse huisartsopleiding. Tijdens het UvE reflecteren 8-15 aios begeleid door een huisartsdocent en/of een gedragswetenschapper gezamenlijk op praktijkervaringen. Deze onderwijsvorm wordt door aios en docenten zeer gewaardeerd. Tegelijkertijd ervaren docenten UvE-begeleiding soms als een ware zoektocht. Op institutioneel niveau is namelijk weinig vastgelegd over de doelen van deze onderwijsvorm en de strategieën die docenten kunnen toepassen om deze te bereiken. Veel *best practices* zijn *tacit knowledge*¹ van ervaren docenten. Gewoonlijk leren beginnende docenten het begeleiden van UvE dus door samenwerking met ervaren collega's. *Best practices* zijn daardoor niet toegankelijk voor alle UvE-docenten en gaan verloren als zij niet worden overgedragen. In het kader van docentprofessionalisering is het daarom van belang dit scala aan *best practices* te formaliseren.

Beschrijving van de interventie/innovatie

Met dit doel inventariseerden wij wat de acht Nederlandse Huisartsopleidingen institutioneel hebben vastgelegd over doelen en richtlijnen achter het UvE. Daarnaast interviewden wij docenten van de verschillende instituten, waarbij zij aan de hand van een video-opname van een eigen UvE-sessie (*Video-Stimulated Recall Interviewing*) reflecteerden op hun handelen en de theorieën die dit handelen sturen.

Ervaringen/analyse van de implementatie

Een Template Analyse² van de documenten en interviews bracht een grote diversiteit aan doelen en richtlijnen achter het UvE aan het licht. Geformuleerde doelen verschilden tussen instituten en docenten; vaak werden meerdere doelen genoemd (bijv. steun ervaren en medisch-inhoudelijke kennis ontwikkelen). Ook de richtlijnen om deze doelen te bereiken verschilden sterk, zowel in kwantiteit als kwaliteit. Soms waren richtlijnen van instituten of docenten aanvullend op doelen van andere instituten of docenten; in andere gevallen spraken de richtlijnen elkaar juist tegen (bijv. participatiebevordering: door zelf actief aios te betrekken, of door het initiatief bij aios te laten?).

Lessons learned (implicaties voor de praktijk)

De beschreven inventarisatie onthult de *tacit knowledge* achter het UvE, hetgeen uitwisseling en bediscussie van handelingsstrategieën tussen docenten bevordert. Een vertaling hiervan naar een praktische handleiding geeft beginnende docenten een waardevol handvat bij het ontwikkelen van hun onderwijsvaardigheden; ervaren docenten biedt het een uitgelezen mogelijkheid kennis te nemen van alternatieve begeleidingsstrategieën. Een volgende stap is nader onderzoeken op welke manier docentstrategieën in de onderwijspraktijk al dan niet bijdragen aan de UvE-doelen. Zo kunnen we uiteindelijk een interactieve training ontwikkelen die docenten wegwijs maakt op de zoektocht die UvE-begeleiding kan zijn.

Referenties

1 Verloop, N., Van Driel, J., & Meijer, P. (2001). Teacher knowledge and the knowledge base of teaching. *International Journal of Educational Research*, 35(5), 441-461.

2 King, N. (2012). Doing Template analysis. In G. Symon & C. Cassell (Eds.), *Qualitative Organizational Research: Core Methods and Current Challenges* (pp. 426-450). London: SAGE Publications Ltd.

Trefwoord: Teachers/Trainers: Faculty/Staff development, Learning outcomes: Teaching skills, Teaching & learning: Collaborative/peer-to-peer

Wijze van presentatie: Praktijkpaper

Een Studenten Onderwijs Kwalificatie als StOK achter de deur bij de professionele ontwikkeling tot docent, is jong geleerd oud gedaan?

Heiligenberg NJWM van den, Kusurkar RA
Amsterdam UMC, loc. VUmc

Context/probleemstelling of aanleiding

Medisch onderwijs geven op universitair niveau is een complexe taak die veel vraagt van docenten. Al helemaal aangezien de prioriteit, in een Amsterdam UMC, loc. AMC, door het continue samenspel van de kerntaken, niet altijd bij onderwijs ligt. Om deze reden is in september 2017 de Studenten Onderwijs Kwalificatie (StOK) geïmplementeerd. VUmc wil studenten de kans geven om zich al tijdens de opleiding te professionaliseren in het 'geven' en 'ontwikkelen' van onderwijs, dit zichtbaar te maken en zich hiermee te onderscheiden.

Beschrijving van de interventie/innovatie

Het professionaliseringstraject (6 EC) duurt 9 maanden en bestaat uit drie modules. Het programma is gebaseerd op de zelfdeterminantietheorie om de intrinsieke motivatie van de deelnemende studenten te vergroten. Dit is gedaan door tegemoet te komen aan drie psychologische behoeften, namelijk autonomie (door keuzevrijheid), competentie (door authentieke ervaringen, narratieve- en peerfeedback) en verbondenheid (door veel interactie met de groep en docenten).

In de eerste module krijgen de studenten cursorische scholing waarbij de eigen ervaring met de leerstof centraal staat. In de tweede module lezen zij literatuur over medisch onderwijs en ontwikkelen op basis van materiaal dat zij zelf selecteren lesplannen. De lesplannen brengen zij in de derde module in praktijk door elkaar te onderwijzen. Afsluitend reflecteren de studenten niet alleen op hetgeen dat zij geleerd hebben maar passen het ook toe door een verbetervoorstel te schrijven voor de eigen opleiding. De onderwijsportfolio's worden beoordeeld door stafleden die de Basis Kwalificatie (BKO) of Senior Kwalificatie Onderwijs (SKO) hebben behaald. Bij succesvolle afronding van het programma pitchen de studenten hun verbetervoorstel op de Onderwijsdag VUmc SMS.

Ervaringen/analyse van de implementatie

Doordat de StOK nog bezig is met het afronden van de pilotfase hebben wij pas in mei de formele evaluaties van het gehele programma. De tussentijdse feedback van de studenten is positief (ruim een 8 gemiddeld). In hun opmerkingen zeggen ze dat zij zich betrokken voelen bij het onderwijs doordat hun eigen ervaringen en ideeën centraal staan. Daarnaast voelen ze zich gesterkt in zowel hun wetenschappelijke- als hun professionele ontwikkeling en waarderen de relaties en keuzes die zij zelf kunnen maken binnen het onderwijs.

Lessons learned (implicaties voor de praktijk)

Het programma, ontwikkeld op basis van de zelfdeterminantietheorie, lijkt succesvol in het intrinsiek motiveren van de studenten voor het onderwijs. Studentbetrokkenheid bij het lesgeven is van onschatbare waarde. Voor academische centra biedt dit kansen. Gekwalificeerde studenten kunnen op beperkte schaal onderwijstaken op zich nemen en een kwaliteitsimpuls initiëren. Verder wordt de toekomstige generatie docenten en opleiders jong geschoold in én gemotiveerd voor onderwijs.

Trefwoord: Curriculum: Student-centred, Teaching & learning: Experiential learning, Education management: Evidence-based education

Wijze van presentatie: Praktijkpaper

Leren door te doen: een innovatieve cursus 'kwalitatief onderzoek' voor een HBO-docententeam

Croix A de la¹, Wijzenbeek T², Elsenberg K², Veen M van der², Wartewig E², Aa S², Korkmaz I², Silars A², Parisius K²

¹Amsterdam UMC, loc. VUmc, ²Hogeschool InHolland

Context/probleemstelling of aanleiding

Het docententeam Evidence Based Practice binnen de opleiding Mondzorgkunde aan hogeschool InHolland kreeg steeds vaker vragen van studenten over het doen van kwalitatief onderzoek voor de Bachelorscriptie. Het team zocht daarom bijscholing en kwam zo terecht bij de module 'Kwalitatief onderzoek' aan de LEARN! Academy, Vrije Universiteit. Het doel van de module was om de docenten meer te leren over kwalitatief onderzoek zodat zij hun studenten beter kunnen begeleiden. In samenspraak met de deelnemers koos de moduledocent voor een innovatieve opzet waarbij de deelnemers zelf een onderzoek uitvoerden naar hun eigen onderwijspraktijk.

Beschrijving van de interventie/innovatie

De acht docenten hebben onder leiding van de moduledocent een volwaardige interviewstudie uitgevoerd over de percepties van studenten over het leerklimate. In de module van 7 bijeenkomsten stonden parallel aan elkaar gepland:

Activiteiten rond kennis over kwalitatief onderzoek: stukjes 'college', artikelen lezen

Activiteiten rond het doen van een gezamenlijk kwalitatief onderzoek naar onderwijs: samen informatiebrief en toestemmingsformulier maken, data verzamelen, transcriberen, analyseren, de start van een artikel maken

Activiteiten rond het leren begeleiden van kwalitatief onderzoek: reflecteren op het proces, delen welke stukken nuttig waren in welke fases

Ervaringen/analyse van de implementatie

Het zelf doen van onderzoek bleek een sterke leerschool. De groep was gemotiveerd en werkte hard. Waar zowel de moduledocent als deelnemers tevreden mee waren, was de praktische insteek. Deze zorgde bij de deelnemers voor begrip voor de fasen in het onderzoeksproces, dat goed vertaald kan worden naar hun rol als BA-thesebegeleiders. Omdat de docenten onderzoek deden naar hun eigen onderwijspraktijk (een onderzoek naar het leerklimate), ontstonden interessante discussies over validiteit betrouwbaarheid, en onderzoeksethiek.

De moduledocent had onderschat hoeveel werk het zou zijn om samen onderzoek te doen en liep hier vooral tegenaan bij het maken van afspraken gemaakt worden over de samenwerking en de uitvoering van het onderzoek. Ook was het analyseren van data met een grote groep beginners niet simpel. De werkzaamheden namen meer dan de verwachte tijd in beslag, maar er ontstond een kerngroep die verder ging met het afronden en opschrijven van het onderzoek.

Lessons learned (implicaties voor de praktijk)

Het is mogelijk en leerzaam om met een docententeam onderzoek te doen naar de eigen onderwijspraktijk. Door zelf het onderzoeksproces te doorlopen, leren docenten veel over het doen van kwalitatief onderzoek en voelen ze zich capabel om kwalitatieve onderzoeken van hun studenten te begeleiden.

Voor het daadwerkelijk gezamenlijk doen van volwaardig kwalitatief onderzoek in een module is veel tijd nodig, en moeten veel beslissingen gemaakt worden. Tijd kan gewonnen worden als moduledocent sturender is in het kiezen van onderwerp, theoretisch kader, analytisch framework.

Trefwoord: Research in medical education: Training

Wijze van presentatie: Praktijkpaper

Teachers as leaders: Het ontwikkelen van een cursus onderwijskundig leiderschap voor docenten in het academisch onderwijs

Geboers B, Schaafsma ES, Diemers AD, Jaarsma ADC
UMC Groningen

Context/probleemstelling of aanleiding

In moderne (zorg)curricula hebben docenten onderwijskundige leiderschapsvaardigheden nodig om kwalitatief hoogwaardig onderwijs te ontwikkelen en verzorgen. Dit sluit aan bij ontwikkelingen in het studentonderwijs, waarin leiderschap een kerncompetentie van het CanMeds model is.

Niet alleen docenten met een formele leidinggevende functie zijn gebaat bij adequate kennis en vaardigheden op het gebied van onderwijskundig leiderschap. Dit geldt ook voor docenten met een beperktere mate van verantwoordelijkheid, maar die wel een belangrijke rol vervullen binnen de ontwikkeling, innovatie of uitvoering van het onderwijs.

In 2017 werd daarom voor deze groep docenten een cursus onderwijskundig leiderschap ontwikkeld. De cursus werd ontwikkeld door het Onderwijsinstituut van het Universitair Medisch Centrum Groningen.

Beschrijving van de interventie/innovatie

Deelnemers aan de cursus (n=13) waren docenten met diverse functies en verantwoordelijkheden binnen de studies Geneeskunde, Tandheelkunde, Bewegingswetenschappen en Farmacie.

De cursus bestond uit acht maandelijks cursusmiddagen. Iedere bijeenkomst stond in het teken van één onderwerp binnen een van drie kernthema's: (1) persoonlijk leiderschap, (2) organisaties, dynamiek en complexiteit en (3) verandermanagement.

Gedurende de cursus werd deelnemers de betekenis van 'onderwijskundig leiderschap' in het academisch onderwijs duidelijk, evenals de relevantie hiervan voor hen persoonlijk. Deelnemers gingen aan de slag met het doorgronden van de dynamiek en complexiteit van de omgeving waarin zij zich bewegen. Ze werden zich bewust dat zij veranderingen in het onderwijs kunnen bewerkstelligen en de methoden die zij hiervoor kunnen toepassen.

Bijeenkomsten werden in samenwerking met wisselende gastdocenten verzorgd en bestonden uit diverse methoden, waaronder besprekingen van praktijkcasussen, interactieve presentaties en praktische oefeningen. Ter voorbereiding op een volgende bijeenkomst bestudeerden de deelnemers literatuur en werkten ze aan persoonlijke opdrachten.

Ervaringen/analyse van de implementatie

De cursus liep van mei 2017 tot maart 2018. Deelnemers werden geworven via hun leidinggevers en via persoonlijke uitnodigingen. Een diverse groep gastdocenten werd geworven via het eigen netwerk. Implementatie verliep zonder grote problemen.

Lessons learned (implicaties voor de praktijk)

Evaluatie van de cursus vond plaats middels online vragenlijsten na iedere cursusmiddag en interviews.

Deelnemers beoordelen de cursus positief. Beoordelingen (n=55) van losse bijeenkomsten waren gemiddeld 7,56 (schaal 1-10). Deelnemers rapporteren dat zij zich meer bewust zijn geworden van het speelveld binnen hun eigen werkomgeving en hoe ze daar invloed op kunnen uitoefenen. Deze resultaten laten zien dat het mogelijk is om een succesvolle module voor leiderschapsontwikkeling aan te bieden voor een brede groep van docenten binnen het eigen instituut.

Verbeterpunten waren er ook. De variatie tussen deelnemers wat betreft functie en inhoudelijke kennis maakte het lastig om alle onderdelen voor iedereen relevant en praktisch toepasbaar te maken. Leiderschap is een breed begrip. Deelnemers leken daardoor op sommige momenten wisselende verwachtingen te hebben. Hier dient speciale aandacht aan te worden besteed.

Trefwoord: Learning outcomes: Leadership skills, Teachers/Trainers: Faculty/Staff development, Teachers/Trainers: Roles of the teacher

Wijze van presentatie: Praktijkpaper

Implementatie van gesprekken voor reflectie op samenwerken

Otto SJ, Eijk ES van, Spierenburg EJ, Erasmus V, Spijker A van 't, Beeck EF van
Erasmus MC

Context/probleemstelling of aanleiding

Vanaf het studiejaar 2015-2016 is gefaseerd *nieuw* lijnonderwijs in samenwerken geïmplementeerd in de bachelor Geneeskunde. Dit bood de gelegenheid opnieuw te kijken naar de beoordeling van de samenwerking tijdens het Community Project (CP). CP is een eindopdracht die studenten in hun laatste bachelorjaar in teamverband (n=6) uitvoeren voor een externe organisatie. De beoordeling van de samenwerking bestond uit het schrijven van een '*samenwerkingsverslag*', waarin feedback geven en ontvangen en hierop reflecteren onvoldoende gebeurde. Er is daarom onderzocht op welke manier de kwaliteit van de reflectie op samenwerken door studenten kan worden vergroot.

Beschrijving van de interventie/innovatie

Na literatuuronderzoek volgde een sessie waarin een visie vanuit de opleiding op samenwerken is ontwikkeld. Het resultaat was een voorstel om met groepsreflectiegesprekken de studenten elkaar feedback te laten geven op de samenwerking direct na afloop van het CP onder leiding van een procesbegeleider om de veiligheid te borgen. Dit voorstel is via een pilot uitgevoerd in de studie jaren 2017 en 2018.

In het kort: voorafgaand aan het reflectiegesprek heeft iedere student een vragenlijst over samenwerken skills (CATME) ingevuld. Tijdens het gesprek zijn voor elke student door de andere studenten de sterke punten tijdens de samenwerking benoemd en concrete verbeterpunten meegegeven. De student zelf kreeg de gelegenheid om hierop te reageren. De sessie werd afgesloten met een samenvatting van het gesprek door de procesbegeleider. Omdat het een pilot betrof waren bij de meeste gesprekken observatoren aanwezig, die hebben gelet op het verloop van het proces en hun bevindingen schriftelijk hebben vastgelegd.

Ervaringen/analyse van de implementatie

In alle 58 CP-groepen (340 studenten) zijn reflectiegesprekken gehouden. Studenten spraken uit het gesprek fijner en zinvoller te vinden '*dan wanneer je alleen op jezelf moet reflecteren*', '*hierdoor komt de informatie beter binnen en kom je er achter wat voor effect je gedrag op het groepsproces heeft*', '*krijg je een andere kijk op je kwaliteiten*', '*goed inzicht in eigen rol en leerpunten*'. De reflectiegesprekken werden ook ervaren als een prettige wijze om het project goed samen af te sluiten.

Lessons learned (implicaties voor de praktijk)

Er wordt door studenten op een volwassen manier feedback aan elkaar gegeven: genuanceerd, gedoseerd, en daardoor aansluitend bij het acceptatieniveau van de ander. Middels het gesprek wordt de diepgang van de reflectie gerealiseerd door met elkaar terug te kijken op de samenwerking en daarover met elkaar te praten in plaats van over elkaar. Een procesbegeleider is hierbij onontbeerlijk om veiligheid te creëren: de procesbegeleiders zijn ervaren in het aftasten wat ze wel en niet kunnen vragen zodat ruimte voor diepgang ontstaat.

Referenties

1 Loughry et.al. Development of a theory-based assessment of team member effectiveness. Educ Psychol Meas 2007; 67(3): 505-524.

Trefwoord: Learning outcomes: Teamwork, Teaching & learning: Collaborative/peer-to-peer

Wijze van presentatie: Praktijkpaper

Internationale zorgoverdrachten in de Euregio Maas-Rijn - Wat zijn de behoeften van zorgprofessionals?

Bouwmans MEJ, Beuken JA, Verstegen DML
Universiteit Maastricht

Context/probleemstelling of aanleiding

In de euregio Maas-Rijn, waar de grenzen van België, Duitsland en Nederland samenkomen, lijkt samenwerking op het gebied van patiëntenzorg voor de hand liggend. Hoewel uit onderzoek blijkt dat elk jaar 80.000 Nederlanders de grens oversteken voor medische zorg, is internationale samenwerking in praktijk schaars. Bovendien wordt er in wetenschappelijke literatuur weinig geschreven over de praktische implicaties van internationale samenwerking. Dit terwijl internationale zorgoverdracht door verschillen in taal, cultuur en beleid (Groene et al., 2009) aannemelijk leidt tot risico's voor de patiëntveiligheid. Onderzoek naar behoeften van betrokkenen in grensoverschrijdende zorgoverdracht is nodig om internationale zorgoverdracht op gepaste wijze te kunnen ondersteunen en toekomstige internationale samenwerking te stimuleren. Om deze redenen werd een grootschalige behoefteanalyse gedaan onder zorgprofessionals in de euregio Maas-Rijn.

Beschrijving van de interventie/innovatie

Voor dit onderzoek ontwikkelden we een vragenlijst met 35 vragen (gesloten en open) over internationale zorgoverdracht. De vragenlijst werd verspreid onder zorgprofessionals (artsen, verpleegkundigen, ambulancemedewerkers, etc.) en administratief medewerkers in vier grote ziekenhuizen en bij ambulanceservices in de euregio Maas-Rijn. Data van gesloten vragen werden descriptief geanalyseerd. Data van open vragen werden thematisch geanalyseerd naar methoden van Braun & Clarke (2006).

Ervaringen/analyse van de implementatie

846 respondenten vulden de complete vragenlijst in. 28,3% van de respondenten werkt als ambulancemedewerker, 24,9% als arts, 23,0% als verpleegkundige en 7,3% als administratief medewerker. 30% van de respondenten geeft aan betrokken te zijn bij internationale zorgoverdracht. Zij benoemen dat bij deze overdrachten risico's voor patiëntveiligheid ontstaan door menselijke factoren (*competenties van betrokken professionals, bewustzijn en houding, communicatie tussen professionals*) en omgevingsfactoren (*informatie, structuur van organisatie, faciliteiten en support*). Respondenten benoemen oplossingen die hierbij aansluiten (*taalvaardigheid, communicatie, verantwoordelijkheid, format van informatie, standaardisatie van procedures*).

Verder blijkt dat 15% van de respondenten die betrokken is bij internationale zorgoverdracht hierin wordt getraind. Een deel van de respondenten benoemt de behoefte (gezamenlijk) getraind te worden op het gebied van taal en procedures om de internationale zorgoverdracht beter te laten verlopen.

Lessons learned (implicaties voor de praktijk)

De resultaten tonen aan dat menselijke en omgevingsfactoren niet aansluiten op de behoeften van professionals bij internationale zorgoverdracht. Er is meer onderzoek nodig om te bepalen wat de behoeften zijn in specifieke situaties waar internationale zorgoverdracht frequent voorkomt. De resultaten van het huidige onderzoek bieden praktische handvatten voor het ontwikkelen van trainingsinterventies om internationale zorgoverdracht te kunnen ondersteunen.

Referenties

- 1 Groene, O., Poletti, P., Vallejo, P., Cucic, C., Klazinga, N., & Sunol, R. (2009). Quality requirements for cross-border care in Europe: a qualitative study of patients', professionals' and healthcare financiers' views. *BMJ Quality & Safety*, 18(Suppl 1), i15-i21.
- 2 Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative research in psychology*, 3(2), 77-101.

Trefwoord: Research in medical education: Training, Learning outcomes: Communication skills, Medical education: Postgraduate education

Wijze van presentatie: Praktijkpaper

Leeflang MMG, Pannekoek Y
Amsterdam UMC, loc. AMC

Context/probleemstelling of aanleiding

Met de introductie van de nieuwe AMC bachelor is tegelijkertijd het Honoursprogramma vernieuwd. Behalve de gebruikelijke verbreding en verdieping, wordt er van de studenten verwacht dat zij zelf de leiding nemen in hun honourstraject. De coördinatoren staan open voor suggesties vanuit de studenten en het programma biedt ruimte voor flexibiliteit. De studenten leren dat ze geen opdrachten krijgen, maar dat ze zelf aan de slag moeten. Dit vergt zelfkennis, creativiteit en assertiviteit. In het eerste jaar gaan we daarom aan de slag met persoonlijke ontwikkeling en stellen de studenten een Persoonlijk Leiderschapsplan op.

Beschrijving van de interventie/innovatie

Centraal in het eerste jaar van het honoursprogramma (tevens jaar 1 van de Bachelor) staat het honoursweekend, waarbij docenten en studenten een weekend in een strandhuis verblijven en aan de slag gaan met hun persoonlijkheid en toekomstplannen. Voorafgaand hebben we drie bijeenkomsten waarin aan de hand van het boek 'De zeven eigenschappen van effectief leiderschap' opdrachten gemaakt worden omtrent proactiviteit, rolmodellen en invloedsfeer. Die worden tijdens het weekend verder uitgediept. Tevens heeft het weekend als doel de binding tussen de studenten onderling en tussen jongerejaars en ouderejaars te versterken. Ouderejaars helpen daarom met de organisatie van het weekend. Na het weekend is er een terugkommoment en gaan de studenten aan de slag gaan met hun Persoonlijk Leiderschapsplan, dat naast een aantal vaste onderdelen een reflectie bevat over wat de student wil leren op het gebied van persoonlijke ontwikkeling.

Ervaringen/analyse van de implementatie

De eerste 12 studenten gaven aan in eerste instantie sceptisch te staan tegenover het programma, maar toch ook nieuwsgierig ernaar te zijn. De studenten gaven aan de reflecties als zinvol te beleven. Een aantal studenten schreef dat ze zich bewuster waren van de eigen manier van reageren en handelen en dat dit ze hielp om uit bepaalde reactiepatronen te komen. Over het programma in het algemeen vonden sommige studenten de tijdsdruk heel hoog en de instructies te vaag. Ook vonden ze het soms onvoldoende de diepte in gaan en verwachtten ze meer feedback. Tot slot gaven de studenten aan moeite te hebben om echt de leiding over hun eigen plannen te nemen en dat ze toch vooral het liefst een opdracht krijgen van wat ze moeten doen.

Lessons learned (implicaties voor de praktijk)

Het aankomende jaar gaan we vanaf het begin meer benadrukken dat eigen initiatief beloond wordt, maar daarbij zullen we meer diepgang aanbrengen en duidelijker spelregels opstellen. Tot slot hebben we gemerkt dat een professionele coach een goede toevoeging kan zijn op het programma.

Referenties

1 Stephen Covey. De 7 eigenschappen van effectief leiderschap.

Trefwoord: Learning outcomes: Leadership skills, Curriculum: Options / electives, Curriculum: Student-centred

Wijze van presentatie: Praktijkpaper

Implementatie van een nieuw curriculum: Hoe consistentie doorheen een opleiding garanderen?

Vanheel A, Janssens K, Geunes K, Swennen Q
Universiteit Hasselt

Context/probleemstelling of aanleiding

Naar aanleiding van het nieuwe bachelorcurriculum Biomedische wetenschappen aan de UHasselt werd er binnen de opleidingsraad nagedacht over een efficiënte implementatie. Een belangrijk aandachtspunt hierbij was de kwaliteitsbewaking van het onderwijs, zonder de belasting van de opleidingsraad, docenten en studenten te verhogen.

Beschrijving van de interventie/innovatie

Twee tutores werden aangenomen ter ondersteuning van de opleidingsraad met als belangrijkste opdracht het ondersteunen, uitwerken en opvolgen van de implementatie van het nieuwe curriculum. Er werd gekozen voor twee alumni met ervaring in lesgeven binnen de opleiding.

Op **micro-niveau** hebben de tutores nauw contact met studenten door lesopdrachten in bijna alle opleidingsonderdelen (OPO). Het zwaartepunt van de lesopdracht ligt in het opleidingsjaar dat uitgerold wordt. Hierdoor hebben ze een goed zicht op inhouden, werkvormen, studiebelasting en mogelijke hiaten/overlap binnen verschillende OPO's.

Verder zijn ze ook betrokken bij de organisatie van onderwijs op **meso-niveau**. Er is veel aandacht voor de implementatie van leerlijnen aangezien ze mee bepalen en opvolgen waar/wanneer er groepswerken, presentaties en schrijfopdrachten aan bod komen. Voor een aantal competenties die vervat zitten in de leerlijnen werd een algemene richtlijnenbundel gemaakt om uniformiteit doorheen de opleiding te garanderen. Er is een groot engagement om alle opdrachten van feedback te voorzien.

Daarenboven ondersteunen de tutores (de)briefings van onderwijsteams, evaluatievergaderingen met docenten en studenten, en volgen ze de besproken verbeterpunten op ter optimalisatie van het curriculum. Om alle leden van de onderwijsteams op één lijn te krijgen en verder te professionaliseren worden regelmatig workshops en onderwijsdagen georganiseerd.

Op **macro-niveau** koppelen zij hun ervaringen vanuit het micro- en meso-niveau terug aan de opleidingsraad. Samen met de opleidingsraad werd een vademecum opgesteld waarin onderwijsvisie, evaluatiebeleid, algemene afspraken en het curriculum gebundeld werden.

Ervaringen/analyse van de implementatie

Leden van de opleidingsraad en docenten geven aan de ondersteuning van de tutores sterk te waarderen en als een ontlasting te ervaren. De inhoudelijke kennis van de tutores is een grote meerwaarde. Zij bewaren het overzicht en zorgen voor coherentie tussen OPO's en de opbouw van leerlijnen doorheen de opleiding. Studenten geven aan dat de tutores een eerste aanspreekpunt vormen en zorgen voor een snelle terugkoppeling naar docenten en de opleidingsraad.

Lessons learned (implicaties voor de praktijk)

Momenteel wordt ook de masteropleiding hervormd waarbij de tutores deel uitmaken van de stuurgroep. Hierdoor kan de concrete uitwerking en implementatie van de leerlijnen onmiddellijk meegenomen worden. De tutores van de opleiding Biomedische wetenschappen zijn geworven toen het eerste opleidingsjaar van start ging. Het was wellicht nog een grotere meerwaarde geweest wanneer zij ook deel hadden uitgemaakt van de stuurgroep voor de bacheloropleiding. Daarom heeft de opleiding geneeskunde ervoor gekozen om tutores aan te werven bij de uitwerkingsfase van hun nieuwe curriculum.

Trefwoord: Education management: Quality Assurance, Curriculum: Evaluation of curriculum

Wijze van presentatie: Praktijkpaper

Suurmond JL, Rupp I
Amsterdam UMC, loc. AMC

Context/probleemstelling of aanleiding

Een EPA beschrijft de professionele taken en verantwoordelijkheden die aan competente professionals toevertrouwd kunnen worden. EPA's zijn in eerste instantie ontwikkeld voor de klinische praktijk. EPA's zijn samengesteld uit verschillende CANMED rollen, maar omdat EPA's afgebakend in tijd, observeerbaar en beoordeelbaar zijn, krijgen EPA's een steeds belangrijkere rol in het curriculum. Het Utrecht Framework (Ten Cate 2018) beschrijft vijf algemene EPA's voor de basisopleiding. De vraag is of deze EPA's ook diversiteitssensitief gemaakt kunnen worden zodat taken en verantwoordelijkheden die horen bij de zorg aan een (culturele en etnische) diverse patiëntenpopulatie geobserveerd en beoordeeld kunnen worden.

Beschrijving van de interventie/innovatie

Het framework voor culturele competenties van Seeleman et al (2009) beschrijft de kennis, attitudes en vaardigheden die nodig zijn voor het verlenen van zorg aan cultureel en etnische diverse patiëntenpopulatie. Door per EPA uit het Utrecht Framework te kijken welke specifieke kennis, attitudes of vaardigheden nodig zijn, kunnen EPA's diversiteitssensitief gemaakt worden.

Ervaringen/analyse van de implementatie

Er zijn verschillende mogelijkheden om EPA's diversiteitssensitief te maken:

Toevoegen van nieuwe diversiteitssensitieve EPA's

In het Utrecht Framework is één van de vijf algemene EPA's: het informeren, adviseren van patiënten en hun naasten. Deze EPA bestaat uit vier 'sub' EPA's, nl: het bespreken van diagnose en verkrijgen van informed consent; het bespreken van testuitslagen, prognoses en behandelplan; het voeren van een ontslaggesprek. Een nieuwe 'sub' EPA zou kunnen zijn: rekening houden met een taalbarrière en waar nodig een professionele tolk inschakelen.

Integreren van diversiteit in bestaande EPA's

De EPA 'het informeren, adviseren van patiënten en hun naasten' kan worden aangevuld tot: 'het informeren, adviseren van patiënten en hun naasten rekening houdend met socioculturele factoren'. Ook kan de diversiteit geïntegreerd worden in sub EPA's. Zo blijkt uit divers onderzoek dat zorgverleners het lastig vinden om een infauste diagnose en prognose te bespreken bij migranten wanneer familie van de patiënt aangeeft dat de patiënt dit niet weten mag. EPA's zouden studenten meer op deze situaties kunnen voorbereiden. Een sub EPA zou bijvoorbeeld aangevuld kunnen worden tot: 'het bespreken van diagnose en verkrijgen van informed consent rekening houdend met culturele en religieuze factoren'.

Lessons learned (implicaties voor de praktijk)

De voorbeelden laten zien dat EPA's op eenvoudige wijze aangevuld kunnen worden met taken die professionele zorgverleners uitvoeren in de zorg aan patiënten van diverse culturele en etnische achtergrond. Een Delphistudie is nu nodig om meer consensus te krijgen over welke diversiteitssensitieve EPA's nodig zijn.

Referenties

- 1 Seeleman C. e.a. Cultural competence: a conceptual framework for teaching and learning. Med Educ. 2009 Mar;43(3):229-37.
- 2 Ten Cate O. e.a. The EPA-based Utrecht undergraduate clinical curriculum: Development and implementation. Med Teach. 2018 Feb 22:1-8.

Trefwoord: Curriculum: Outcome/competency-based, Medical education: Undergraduate education, Assessment: Clinical assessment

Wijze van presentatie: Poster

D20.2 / Lounge 2

Eerste ervaringen met Entrustable Professional Areas (EPAs) in de Nijmeegse interprofessionele Masterkliniek tandheelkunde

Fokkinga WA, Leunissen RRM, Creugers NHJ
Radboudumc

Context/probleemstelling of aanleiding

Vanaf september 2017 werken de studenten tandheelkunde (thk) van het Radboud Universitair Medisch Centrum en studenten mondzorgkunde (mzk) van de Hogeschool Arnhem en Nijmegen samen in de Nijmeegse interprofessionele Masterklinieken. 18 interprofessionele teams van circa 16 studenten dragen, onder begeleiding van docenten, elk zorg voor circa 600 patiënten.

Ten behoeve van de voortgangsbewaking wordt er gewerkt met Entrusted Professional Areas (EPA). De studenten vullen elk practicumdagdeel een EPA-formulier in. Daarbij geeft de student zichzelf een beoordeling over de behandeling en reflecteert kort op de technische aspecten en het professioneel gedrag. Een docent beoordeelt het ingevulde EPA-formulier en kan de zelfbeoordeling van de student accorderen of wijzigen. Verder geeft de docent waar nodig schriftelijke feedback op het EPA-formulier. Voor de studenten mondzorgkunde en de 4^e-jaars-studenten tandheelkunde is het werken met de EPA-formulieren verplicht. Voor de 5^e-jaars- en 6^e-jaars-studenten tandheelkunde nog niet (oude OER geldt nog).

In februari 2018 vond een eerste schriftelijke evaluatie plaats.

Beschrijving van de interventie/innovatie

Er werd gebruik gemaakt van een digitale vragenlijst met vragen over onder andere:

- gebruiksgemak van EPAs
- mate waarin de (rubrics van) de EPA-formulieren het gedrag van de studenten sturen
- de eerlijkheid waarmee studenten de formulieren invullen
- de mate waarin docenten de zelfbeoordeling van de studenten wijzigen en schriftelijke feedback geven.

Alle studenten (N=296) en docenten (N=43) in de Masterkliniek ontvingen de vragenlijst.

Ervaringen/analyse van de implementatie

De respons van de studenten was 34% (n=102). De respons van de groep 4^e-jaars-studenten mondzorgkunde was dermate laag dat deze groep bij de verdere analyse niet werd meegenomen. (thk4=25, thk5=32, thk6=20, mzk3=22, mzk4=3)

Van de docenten reageerde 58% (n=25, thk=18, mzk=7).

In het algemeen antwoordden studenten en docenten neutraal ten aanzien van het gemak van werken met EPAs. Studenten 4^e-jaar-tandheelkunde en 3^e-jaar-mondzorgkunde waren echter significant positiever dan 5^e-jaars- en 6^e-jaars-studenten tandheelkunde.

Docenten mondzorgkunde vonden meer dan de docenten tandheelkunde dat de rubrics van de EPA-formulieren het gedrag van de studenten sturen. Bij de studenten gaven 3^e-jaars-studenten mondzorgkunde en 4^e-jaars-studenten tandheelkunde meer aan dat de EPAs hen sturen dan de 5^e-jaars- en 6^e-jaars-studenten tandheelkunde.

Studenten meldden dat ze de EPA-formulieren (zelfbeoordeling en zelfreflectie) behoorlijk eerlijk invullen.

De docenten veranderden in minder dan ¼ van de formulieren de zelfbeoordeling van de studenten. Verder gaven zij bij circa ¾ van de formulieren schriftelijke feedback. De docenten mondzorgkunde deden dit vaker dan de docenten tandheelkunde.

Lessons learned (implicaties voor de praktijk)

Overall wordt de introductie van de nieuwe manier van beoordelen met EPAs goed ontvangen. Zowel docenten als studenten gaan er serieus mee om. De docentbelasting die het beoordelen van de formulieren met zich meebrengt, is echter een punt van aandacht.

Trefwoord: Curriculum: Evaluation of curriculum, Assessment: Workplace-based (on-the-job)assessment, Assessment: Self-assessment

Wijze van presentatie: Poster

Streven naar een objectieve beoordeling van bachelorproeven

Leunen S, Vandersteen M, Geunes K, Pinxten W, Swennen Q, Chouteden W, Vanheel A, Janssens K
Universiteit Hasselt

Context/probleemstelling of aanleiding

In 2014-2015 werd de bachelorproef Geneeskunde aan de UHasselt inhoudelijk grondig hervormd. Studenten kiezen in groep een onderwerp uit één van de volgende categorieën: (1) volledig eigen onderzoek, (2) gedeeltelijk eigen onderzoek, (3) onderzoek uitgevoerd/gerapporteerd door derden, (4) casus. Ze worden aangemoedigd een onderwerp te kiezen uit categorie 1 of 2.

De hervorming van de bachelorproef zorgde echter ook voor een ongewenst effect. Promotoren, vaak vrijwillige medewerkers/artsen uit de ziekenhuizen, onderschatten vaak de competenties van bachelorstudenten. Bovendien identificeren ze zichzelf ook met het werk/onderzoek. Het gemiddelde eindcijfer verhoogde hierdoor significant.

De beoordeling van de bachelorproef werd om deze reden in het verleden al opgedeeld in verschillende onderdelen (proces, product, presentatie, verdediging, statistiek) met diverse beoordelaars (promotor, tweede lezer, statisticus, doctorandus). Een effect op de eindcijfers bleef echter uit.

Beschrijving van de interventie/innovatie

Om de beoordeling te objectiveren werd er beslist een nieuw evaluatiesysteem voor de bachelorproef uit te werken samen met de opleiding Biomedische wetenschappen.

Voor elk onderdeel werd er een vragenlijst uitgewerkt aan de hand van een rubric. De beoordelaar dient zelf geen punten meer toe te kennen, maar beoordeelt elk onderdeel door het juiste antwoord in de rubric aan te duiden. Achter elk antwoord schuilt een cijfer. Het cijfer dat werd toegekend aan een antwoord is afhankelijk van het belang dat hier binnen de opleiding aan wordt gegeven. De som van de cijfers wordt gewogen en omgezet naar een eindcijfer op 20.

De vragenlijst wordt digitaal afgenomen. De beoordelaar kan niet terug naar voorgaande vragen gaan om het eindcijfer te beïnvloeden. Wel krijgt hij op het einde van de vragenlijst het gewogen eindcijfer van de student te zien. Er kan aangegeven worden of hij/zij akkoord gaat met het eindcijfer of dat er nog aspecten zijn waarmee rekening gehouden moet worden. De coördinerend verantwoordelijke kan met deze opmerkingen rekening houden en eventueel het eindcijfer bijstellen.

Ervaringen/analyse van de implementatie

De weging van de antwoorden werd intern getest op een aantal bachelorproeven van de afgelopen jaren. In juni wordt het systeem voor de eerste maal getest in beide opleidingen. De resultaten en ervaringen zullen gedeeld worden tijdens NVMO 2018.

Lessons learned (implicaties voor de praktijk)

Blijvende aandacht voor kwaliteit van de beoordeling is nodig.

Objectieve beoordeling met meerdere beoordelaars is geen sinecure.

Instructies en begeleidende documenten worden vaak niet grondig doorgenomen door begeleiders.

Systemen die gebruikt worden, moeten bijgevolg eenvoudig en duidelijk opgemaakt worden.

Trefwoord: Research in medical education: All, Assessment: All

Wijze van presentatie: Poster

Latijnhousers MAHE, Oostendorp TF
Radboudumc

Context/probleemstelling of aanleiding

In de leerlijn Research in jaar 1 en 2 van de Nijmeegse bacheloropleiding Biomedische Wetenschappen wordt elk semester een schriftelijk toets met open vragen afgenomen, die is gericht op inzicht en toepassing van kennis. Het is een 'open boek'-toets, waarbij studenten gebruik mogen maken van een vaste set van boeken die digitaal beschikbaar worden gesteld.

Niet zelden blijkt deze toets te omvangrijk voor de beschikbare 2 uur toetstijd. Studenten hebben daardoor nauwelijks tijd om de beschikbare boeken te raadplegen. En dat brengt de validiteit van de toetsing in gevaar.

Docenten zijn geneigd zijn om alle onderwerpen die aan bod zijn gekomen te bevragen. De toetsanalyses laten zien dat de correlatie in de scores op de subvragen groter is dan we in meerkeuzevragen gewend zijn. Wij vermoeden dat dit ermee samenhangt dat de vragen meer inzicht en oplossingsvaardigheid toetsen dan parate feitenkennis.

We vroegen ons daarom af: Is het mogelijk de toetsomvang fors te beperken zonder de betrouwbaarheid van de toetsen te compromitteren?

Beschrijving van de interventie/innovatie

De semester 3 toets van studiejaar 2017-2018 is gebruikt voor deze analyse. Er is een vergelijking gemaakt tussen studentscores op de toets zoals die daadwerkelijk is afgenomen, en de fictieve situatie met 25% minder toetsvragen (door elke vierde subvraag weg te laten). Daarbij is gekeken naar de psychometrische kenmerken van de toetsen en de items, en naar de (spreiding in) toetsscores en cijfers.

Ervaringen/analyse van de implementatie

Van de originele toets bedroeg Cronbach's alpha 0,77. Op de puntenschaal van 1-10 bedroeg de standaardmeetfout 0,53. Het gemiddelde absolute verschil tussen de individuele cijfers voor de originele en die van de gereduceerde toets bedroeg 0,26 (dus aanzienlijk minder dan de standaard meetfout) met een standaarddeviatie van 0,20 en een maximum van 0,83. Cronbach's alpha van de gereduceerde toets bedroeg 0,70 en de standaardmeetfout 0,62.

Lessons learned (implicaties voor de praktijk)

Het gemiddelde absolute verschil tussen originele en de gereduceerde toets blijkt aanmerkelijk kleiner dan de standaardmeetfout van de toets.

Dit experiment beschrijft worst-case scenario: een willekeurige en forse reductie van de omvang van de toets (te vertalen naar een half uur toetstijd). Bij de vertaling van dit inzicht naar de praktijk moet er balans gezocht worden tussen voldoende breed toetsen van de leerdoelen en voldoende tijd voor de 'gemiddelde goed-voorbereide student' om aan alle vragen toe te komen en daarbij de beschikbare boeken voldoende te kunnen raadplegen, maar niet zoveel tijd¹ dat het beeld ontstaat dat alles ter plekke opgezocht kan worden.

Referenties

1 Heijne-Penninga, M., et al. (2011). "Directing students to profound open-book test preparation: the relationship between deep learning and open-book test time." Medical Teacher 33(1): e16-21.

Trefwoord: Assessment: Written assessment, Assessment: Psychometrics, Learning outcomes: Research

Wijze van presentatie: Poster

Meulen MJSR van der, Pol MHJ van de
Radboudumc

Context/probleemstelling of aanleiding

Aanleiding: er is veel evidence voor het leereffect van het maken van oefenvragen.¹ De Geneeskunde-curricula bieden studenten hier echter nog geen structurele ondersteuning voor. Hierom hebben geneeskundestudenten zelf een studeer-app ontwikkeld die per student een gepersonaliseerd leeradvies geeft: de Plexuz studeer-app.

Beschrijving van de interventie/innovatie

Beschrijving innovatie: de Plexuz studeer-app geeft, nadat de student meerkeuzevragen heeft beantwoord, een gepast leeradvies geeft op onderwerp/hoofdstuk niveau in de leerboeken. Dit motiveert studenten om met de leerstof aan de slag te gaan. De vragen zijn op het niveau dat van de studenten verwacht wordt en geven feedback op de gegeven antwoorden. Verder geeft de app aan waar de student staat ten opzichte van zijn of haar peers, en kan de student studiegroepen maken met medestudenten. De app maakt gebruik van wetenschappelijk bewezen studietechnieken, zoals interleaving en spaced practice. Docenten kunnen op big-data niveau inzicht krijgen in de voortgang van de studenten en slimme werkgroepen maken, die worden ingedeeld op basis van spreiding in kennisniveau.

Ervaringen/analyse van de implementatie

Ervaringen: Plexuz is getest in twee fases van het Geneeskunde-curriculum van het Radboudumc. De eerste fase is een cohort eerstejaars bachelor studenten die veelal voor het tentamen gebruik hebben gemaakt van de app. Daarnaast is de app ook getest bij masterstudenten voor hun farmacotherapie eindtoets. De studenten werden daarin op basis van hun uitslagen aan elkaar gekoppeld, om kennisinhoudelijke leerdoelen aan elkaar uit te leggen. Uiteindelijk hebben alle masterstudenten van de interventiegroep de farmacotherapie eindtoets gehaald. Een nieuw onderzoek naar het leereffect bij de bachelor studenten volgt.

Lessons learned (implicaties voor de praktijk)

Discussie: hoe kan Plexuz het beste in de bestaande geneeskundecurricula worden geïmplementeerd?

Referenties

1 Literatuurverwijzing: [1] Ten Benefits of Testing and Their Applications to Educational Practice, Roediger, Putnam et al, Psychol of Learning and Motivation, vol. 55, ISSN 0079-7421, DOI 10.1016/B978-0-12-387691-1.00001-6

Trefwoord: Assessment: Feedback, Assessment: Self-assessment, Learning outcomes: Life-long learning

Wijze van presentatie: Poster

Correspondentieadres:

M.J.S.R. van der Meulen
Radboudumc

Eerstelijns geneeskunde

161 elg, Postbus 9101

6500 HB NIJMEGEN

E-mail: martijn.vander.meulen@student.ru.nl

'Zonder strijd geen overwinning?' - Onderzoek naar de relatie tussen studeergedrag en toetsing in het medisch onderwijs; Een metaforenanalyse

Smeets GJM, Latijnhouwers MAHE, Vorstenbosch MATM, Laan RFJM
Radboudumc

Context/probleemstelling of aanleiding

Een metafoor is een krachtig hulpmiddel om extra betekenis toe te voegen aan onze spreektaal. Een metaforenanalyse op de taal die studenten gebruiken wanneer zij over toetsing spreken, kan ons nieuw inzicht verschaffen in de manier waarop deze jonge medische professionals aankijken tegen toetsing en op welke wijze zij hun studeergedrag vormgeven¹. Deze kennis kan vervolgens bijdragen aan het creëren van een 'test worth taking'; een toetsprogramma dat niet slechts wordt opgevat als een stressvolle marathon maar één die lifelong learning van beginnend medische professionals ondersteunt en stimuleert. Dat toetsing het studeergedrag beïnvloedt, is in de literatuur reeds solide onderbouwd². Een metaforen-analyse biedt echter een geheel nieuwe ingang om deze onderlinge relatie te onderzoeken.

Beschrijving van de interventie/innovatie

Gedurende het propedeuse-jaar, werd er elk kwartaal een focusgroep-interview afgenomen bij een vaste groep Geneeskunde studenten. Er werden 2 groepen gevolgd (n=5, n=7). De interviewgids omvatte vragen over de toets-voorbereiding, uitvoering en verkregen feedback. Om de metaforen te identificeren werd gebruik gemaakt van de metafoor-identificatiemethode ontwikkeld aan de VU Amsterdam (MIPVU)¹. De data werd gecodeerd en geanalyseerd met behulp van Atlas-Ti. De studie werd uitgevoerd aan de Radboud Universiteit in Nijmegen.

Ervaringen/analyse van de implementatie

Gebruikte metaforen vielen uiteen in 3 hoofdcategorieën. Toetsing als;

(1) rechtvaardige transactie:

"Als je vooruit geleerd had, of op een andere manier kennis had verkregen, kon je dit verzilveren."

(2) beloning en straf:

"..dat mensen niet het idee hebben dat ze enorm genaaid worden als een toets verpesten."

(3) overwinning en strijd:

"Ik ben continue bezig met; 'Ja, ik weet het wel. Maar misschien ook niet'. Daar ben ik nog mee aan het vechten."

Lessons learned (implicaties voor de praktijk)

Bovenstaande interviewfragmenten laten zien dat studenten het toetsprogramma verschillend ervaren en tegemoet treden. Gebruikte metaforen creëren enerzijds een beeld van toetsing als een gevecht en sportprestatie waarin beloning en straf een belangrijke rol vervullen. Anderzijds ervaren studenten een toets als mogelijkheid om te laten zien wat ze waard zijn. Daarbij betaald een goede voorbereiding zich vaak uit in een goed resultaat. De vraag die voor vervolgonderzoek opkomt, is of bepaalde typen metaforen worden gedaan door verschillende groepen studenten met verschillende drijfveren? Omdat de attitude van een lifelong learner geassocieerd wordt met een hogere mate aan intrinsieke motivatie, zou het interessant zijn om dit nader te onderzoeken. Nadere (metaforen)analyse kan ons groot inzicht verschaffen in vastgeroeste patronen. Gedrag waarin we onbewust en onterecht in blijven hangen. De stap van onbewust onbekwaam naar bewust onbekwaam is dan van onschatbare waarde.

Referenties

1 Steen (2010). A method for linguistic metaphor identification: From MIP to MIPVU.

2 Cilliers (2015). Is assessment good for learning or learning good for assessment?

Trefwoord: Assessment: Written assessment, Learning outcomes: Life-long learning, Research in medical education: General

Wijze van presentatie: Poster

12.00-13.00 **LUNCH**

13.00-14.15 **Blok E**

Onderwijs in systemisch bewustzijn: hoe leer je artsen om te gaan met de sociale context in de medische setting?

Scholtens S¹, Smit MJ¹, Wopereis PAM², Fleer J¹

¹UMC Groningen, ²Radboudumc

Thema

Een essentieel onderdeel van medisch leiderschapsontwikkeling, is het creëren van bewustzijn van de organisatorische en sociale context waarin je als arts werkt. Om vervolgens te leren hoe je effectief met deze context omgaat, zodat je zelf goed kan functioneren, maar ook benodigde veranderingen in kan zetten. Als jonge arts kom je terecht in een bestaande, lopende organisatie. Deze organisatie heeft verschillende (tegenstrijdige) structuren en culturen in zich en bestaat uit verschillende (sub)systemen. Deze structuren en systemen hebben invloed op hoe je je voelt en hoe je kan functioneren in de organisatie en in teams. De systemische benadering is zeer effectief in het vergroten van context bewustzijn en het ontwikkelen van leiderschap. Deze aanpak wordt al veel gebruikt voor leiderschapsontwikkeling in zakelijke en bestuurlijke omgevingen. In 2017 en 2018 is training in systemisch bewustzijn ontwikkeld voor derdejaars bachelorstudenten geneeskunde in Groningen, in samenwerking met het Bert Hellinger Instituut Nederland, gespecialiseerd in systemisch werk. De training werd goed beoordeeld door studenten. Momenteel wordt er een evaluatiestudie uitgevoerd naar de effectiviteit van de training en wordt er een programma ontwikkeld voor de master.

Doel

Het doel van de workshop is om deelnemers kennis te laten maken met de bruikbaarheid van de systemische benadering als onderwijsmethode voor context bewustzijn en leiderschapsontwikkeling in de medische setting.

Doelgroep

Onderwijsontwikkelaars en iedereen geïnteresseerd in medische leiderschap. Hoewel de training die we laten zien, is ontwikkeld voor bachelorstudenten, is het materiaal ook te gebruiken in andere onderwijssettings.

Opzet: activiteiten en opbrengst

Tijdens de workshop wordt uitgebreid uitleg gegeven over de theorie en methode van systemische werk en de toepassing ervan in het medisch onderwijs. De deelnemers zullen gezamenlijk de training ondergaan, zodat ze zelf ervaren hoe het werkt. Alle deelnemers kunnen actief deelnemen. De aanpak is experienced-based learning en sluit aan bij het concept van transformatief leren. Door middel van het werken met vloertegels en verschillende rollen uit de medische setting worden structuren, relaties en afhankelijkheden zichtbaar gemaakt. De deelnemers kunnen de uitwerking daarvan zelf ervaren. Door het expliciet maken van deze ervaring en het met elkaar delen krijgen deelnemers meer inzicht in de context, de verschillende perspectieven en het effect daarvan op henzelf

Referenties

1 J. Fleer, C van Bruggen, J de Jeu, J Borleffs. Ontwikkel leiderschap al in de bachelor. Medisch Contact 2017.

2 Frenk J, Chen L, Bhutta ZA, Cohen J, Crisp N, Evans T, et al. Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. The Lancet 2010;376(9756):1923-1958.

3 Wilson E. Chapter 9. Business Coaching and Consulting - the Systemic Constellation Approach in Business. In: Schabacker M. ea, editor. Modelling and Management of Engineering Processes; 2015. p. 101.

Max aantal deelnemers: 20

Trefwoord: Learning outcomes: Leadership skills, Learning outcomes: Teamwork, Teaching & learning: Experiential learning

Wijze van presentatie: Workshop

Persoonlijk leiderschap voor coassistenten: weten hoe je overkomt is het halve werk

Ehrlich ND, Wenisch A, Nieuwland I
Amsterdam UMC, loc. VUmc

Thema

Wat straal jij uit als je door het ziekenhuis loopt, als je contact hebt met collega's en patiënten? Coassistent worden voortdurend bekeken en beoordeeld en worstelen hiermee. Een terugkerend thema in intervisiebijeenkomsten voor coassistenten van het VUmc is dan ook: hoe kan en wil ik met mijn gedrag de juiste indruk maken op begeleiders en patiënten? Tijdens het jaarlijkse symposium 'Persoonlijk leiderschap' voor eerstejaars coassistenten wordt hier aandacht aan besteed in de workshop 'Hoe kom je over?'. Er zijn vaak discrepanties tussen hoe men denkt te zijn en hoe men wordt waargenomen. In deze workshop krijgen de studenten feedback over welke indruk ze maken, zodat zij een zo reëel mogelijk beeld van zichzelf kunnen vormen. Hoe reëler hun zelfbeeld, hoe minder verrassingen bij feedbackmomenten. Daarnaast komen gerelateerde thema's aanbod: ben je als coassistent anders dan bij vrienden/familie? Komt je zelfbeeld overeen met dat van anderen? In hoeverre draag je tijdens je stages een masker of kun je 'jezelf' zijn? De zelfkennis die coassistenten opdoen geeft hen de mogelijkheid om bewuste keuzes te maken over welk gedrag bijsturing nodig heeft, wanneer de situatie of context hierom vraagt. De workshop werd de afgelopen twee jaar als 'zeer zinvol' ervaren (N=151, m=4.24 op Likert schaal).

Doel

De deelnemers: doen inzicht en ideeën op voor inpassing van dit thema en gerelateerde thema's in hun eigen curriculum ervaren gevarieerde, luchtige en toch serieuze werkvormen rondom het thema krijgen inzicht in hoe ze overkomen

Doelgroep

Curriculumontwikkelaars, docenten, studenten, coassistenten, artsen

Opzet: activiteiten en opbrengst

De deelnemers ervaren een verkorte versie van de oorspronkelijke workshop. Aan de hand van een vragenlijst wisselen ze allereerst uit hoe ze overkomen (bv. mimiek, houding, stem, fysieke voorkomen, kleding). Een veilig leerklimaat is een voorwaarde voor het ontvangen van deze persoonlijke feedback, dus de deelnemers bepalen zelf over welke aspecten ze iets willen horen. Vervolgens beantwoordt men in kleine groepen een aantal verdiepende vragen rondom het thema. In de derde oefening wordt met behulp van video-opnamen gekeken naar het verschil tussen 'doen alsof' je iets leuk vindt en iets werkelijk leuk vinden: wat zie je dan aan jezelf (verbaal/non-verbaal) en hoe komt dit over bij anderen? Is het verschil voelbaar in de communicatie, zowel voor jezelf als voor anderen? Afsluitend wisselen we uit hoe men de oefeningen heeft ervaren. Hieraan gekoppeld bespreken we hoe het thema van deze workshop en gerelateerde thema's uit de leefwereld van een coassistent verwerkt kunnen worden in de eigen onderwijspraktijk.

De oefeningen leveren nieuwe inzichten en werkvormen op voor eigen onderwijs rondom het thema persoonlijk leiderschap en onderwijsonderdelen die het welbevinden van coassistenten kunnen ondersteunen.

Max aantal deelnemers: 26

Trefwoord: Learning outcomes: Communication skills, Learning outcomes: Leadership skills, Teaching & learning: Experiential learning

Wijze van presentatie: Workshop

Startklaar voor een systematische review! Een workshop met tips, tricks en tools

Dijkstra FS¹, Schoonmade LJ², Croix A de la²

¹Vrije Universiteit Amsterdam, ²Vrije Universiteit

Thema

Een systematische review schrijven doe je niet zomaar. Het onderzoeksproces bestaat uit een aantal stappen die veel tijd en inspanning kosten. Elke stap vereist specifieke kennis en vaardigheden: het uitvoeren van een goed uitgevoerde zoekstrategie in verschillende literatuurbestanden, beheren van de gevonden referenties, screenen en selecteren van referenties, kwaliteitsbeoordeling en analyse.

Daarnaast is vaak een heel team bij het proces betrokken. Hoe ga je om met verschillende fases en welke hulpmiddelen zijn er beschikbaar die het proces kunnen vergemakkelijken?

In deze workshop wordt een overzicht gegeven van het gehele proces van het uitvoeren van een systematische review. We behandelen een aantal nuttige tools, zoals EndNote voor het beheren van referenties, Covidence of Rayyan voor het screenen van de referenties, en PRISMA als hulpmiddel bij de data-analyse. Vanuit een theoretisch en praktisch oogpunt delen we ervaringen over het onderzoeksproces, de samenwerking en lastige momenten waar je tegenaan kunt lopen in het proces. De workshop is een samenwerking tussen onderzoekers en een ervaren zoekdeskundige werkzaam in de Universiteitsbibliotheek.

Doel

Deelnemers hebben na de workshop inzicht in het gehele onderzoeksproces en zijn “startklaar” om aan de slag te gaan met hun systematische review.

Doelgroep

Deze workshop is bedoeld voor onderzoekers die net begonnen zijn of binnenkort gaan starten met een systematische review. NB: we vragen deelnemers (indien mogelijk) een laptop mee te nemen.

Opzet: activiteiten en opbrengst

Door het delen van ervaringen, bespreken van kenmerken van een systematische review en aan de slag te gaan met een aantal technologische hulpmiddelen (o.a. Covidence en Rayyan) doet de deelnemer aan de workshop up-to-date kennis op over een systematische review en de mogelijkheden van EndNote. Daarnaast zal de deelnemer ook ervaring opdoen met het verwerken van data.

Max aantal deelnemers: 24

Trefwoord: Research in medical education: Methodologies

Wijze van presentatie: Workshop

Interdisciplinaire samenwerking van docenten: van collega naar teamgenoot

Meeuwissen SNE, Oude Egbrink MGA, Oorschot TD van
Universiteit Maastricht

Thema

De gezondheidszorg ondergaat continue vernieuwingen. Gezien de toegenomen multidisciplinariteit en complexiteit van zorg, is het van belang dat onderwijs aan toekomstige zorgprofessionals wordt ontwikkeld door teams waarin docenten vanuit verschillende disciplines met elkaar samenwerken. Interdisciplinaire teams worden gevraagd om expertises te integreren, verschillende perspectieven te exploreren¹ en uiteindelijk thematisch, zorgprobleem gestuurd onderwijs te ontwikkelen. Echter, in de praktijk blijkt het uitwisselen van kennis en ervaringen door docenten complex en niet altijd succesvol². Vanwege de voorheen voornamelijk solistische werkwijze van docenten, is het van belang kansen en uitdagingen in relatie tot interdisciplinaire samenwerking van docenten te begrijpen.

Doel

Geldt “jong geleerd, oud gedaan” ook als het spel wordt veranderd? Middels deze workshop willen we inzicht en bewustzijn creëren over interdisciplinair samenwerken van docenten. We doen dit zowel vanuit een theoretisch perspectief, als praktisch door het publiek vanuit verschillende perspectieven te vragen zelf hun licht te laten schijnen op interdisciplinaire samenwerking in docententeams.

Doelgroep

Eenieder die meedoet aan enige vorm van interdisciplinair samenwerken binnen een onderwijskundige setting, of gericht meer wil weten over interdisciplinair samenwerken van docententeams. Te denken valt aan programmadirecteuren, onderwijscoördinatoren, (opleiders van) docenten, beleidsmakers en onderwijskundigen.

Opzet: activiteiten en opbrengst

Activiteit 1: Een interactieve introductie van de workshopdeelnemers, de workshopgevers en het thema.

Opbrengst: Deelnemers leren elkaar en de workshopgevers kennen. Deelnemers en workshopgevers krijgen informatie over wat deelnemers weten over interdisciplinariteit en samenwerking.

Activiteit 2: Een plenaire presentatie over het theoretisch kader van interdisciplinair samenwerken. Hierin worden de definities van een team, het verschil tussen multi- en interdisciplinair werken en de verschillende niveaus van samenwerken beschreven.

Opbrengst: Het verkrijgen van een theoretisch kader omtrent interdisciplinair samenwerken.

Activiteit 3: Het uitwerken van stellingen (voortkomend uit verschillende perspectieven) over interdisciplinair samenwerken in subgroepen en deze naderhand pitchen aan de andere deelnemers. Voorbeelden van dergelijke stellingen zijn “Interdisciplinaire samenwerking is noodzakelijk om het onderwijs te vernieuwen” en “Interdisciplinaire samenwerking is niet werkbaar in de praktijk”.

Opbrengst: Ver krijgen van verschillende perspectieven op interdisciplinair samenwerken van docenten door zelf interdisciplinaire samenwerking te ervaren.

Activiteit 4: Plenaire wrap-up

Opbrengst: Mogelijk laatste onduidelijkheden verhelderen en take-home messages verschaffen.

Referenties

1 Decuyper, S., Dochy, F., & Van den Bossche, P. (2010). Grasping the dynamic complexity of team learning: An integrative model for effective team learning in organisations. *Educational Research Review*, 5(2), 111-133. doi:<http://dx.doi.org/10.1016/j.edurev.2010.02.002>

2 Stalmeijer, R. E., Gijssels, W. H., Wolfhagen, I. H., Harendza, S., & Scherpbier, A. J. (2007). How interdisciplinary teams can create multi-disciplinary education: the interplay between team processes and educational quality. *Medical Education*, 41(11), 1059-1066.

Max aantal deelnemers: 30

Trefwoord: Education management: General, Teaching & learning: Collaborative/peer-to-peer, Curriculum: Integration

Wijze van presentatie: Workshop

Creating tests worth taking. Toetsing als instrument om leergedrag te sturen

Latijnhouwers MAHE¹, Heijmans LGAF², Visschedijk J³, Spierenburg E⁴, Bruggen JME van⁵

¹Radboudumc, ²Jeroen Bosch Ziekenhuis, ³Amsterdam UMC, loc. AMC, ⁴Erasmus MC, ⁵UMC Utrecht

Thema

Het leren van studenten wordt (mede) gestuurd door de manier van toetsen binnen de opleiding of het vak. We herkennen allemaal de vraag: moet ik dat leren voor het tentamen? Soms ervaren we dat als iets negatiefs; “ze leren helemaal niet wat ik ze allemaal aanbied, maar leren alleen oude toetsvragen uit hun hoofd”, “alles wat ze in de bachelor geleerd hebben, zijn ze in de master vergeten”. We verzinnen strategieën om studenten meer en op een hoger cognitief niveau aan het studeren te krijgen door bijvoorbeeld alleen in de zomervakantie, of geen herkansingen te bieden, door extra toetsen aan te bieden en door cumulatief te toetsen. Helpt dat? Weke aspecten stuur je via toetsing, bewust of onbewust? Hoe kun je daar slim gebruik van maken als het gaat om het stimuleren van leren en effectief leergedrag? Zijn er spanningsvelden? Aspecten die op de ene groep studenten een gewenst effect hebben, maar op de andere groep juist een ongewenst? Wat weten we hier eigenlijk over? En welke mogelijkheden hebben we om daar dan vervolgens mee om te gaan? Hoe zetten we toetsing zo in dat ook studenten het ervaren als nuttig, waardevol en wellicht leuk?

In relatie tot het congressthema ‘Professioneel gedrag’ komt dan de vraag op in hoeverre we studenten via het toetsprogramma de regie (kunnen) bieden op hun eigen leerproces en de verantwoordelijkheid voor de beoordeling van de eigen ontwikkeling. Is er daarbij een grens en waar ligt deze dan?

Doel

(Hernieuwd) inzicht in de aspecten van het gedrag van studenten waar toetsing een positief dan wel negatief effect op kan hebben. Verkennen van mogelijkheden en moeilijkheden om via de toetsing en het toetsprogramma het leergedrag van studenten in de gewenste richting te sturen.

Doelgroep

Docenten, opleiders, onderwijskundigen, studenten

Opzet: activiteiten en opbrengst

Korte presentatie op basis van het artikel van Cilliers et al. over gedragsaspecten van studenten die beïnvloed kunnen worden via toetsing. Vervolgens gaan de deelnemers met elkaar in gesprek volgens de World Café methode.

Deelnemers gaan met elkaar te discussiëren over mogelijkheden om via toetsing het leergedrag van studenten te sturen in de gewenste richting en vandaaruit mogelijkheden te exploreren om daarmee om te gaan.

Thema's per ronde:

- 1: Effect van toets vorm (incl. vraagtypen) en toets planning
 - 2: Impact van beeldvorming: wel of niet vol studeren voor een toets?
 - 3: Effect van consequenties van een toets, cijfers en feedback op motivatie
- Elke tafel kent zijn eigen thema. Plenair worden resultaten nabesproken.

Referenties

1 Francois J. Cilliers et al., <i>The mechanism of impact of summative assessment on medical students' learning, Adv in Health Sci Educ (2010) 15:695–715

Max aantal deelnemers: 30

Trefwoord: Teaching & learning: Study skills, Assessment: General, Curriculum: Education environment

Wijze van presentatie: Rondetafelsessie

Kwaliteit van de medische vervolgoopleidingen: een gedeelde verantwoordelijkheid

Bos KM¹, Rosingh HJ², Reenalda M³, Hekkert C⁴

¹UMC Groningen, ²Isala, ³Medisch Spectrum Twente, ⁴Deventer Ziekenhuis

Thema

Kwaliteit van de medische vervolgoopleidingen (MVO) is een gedeelde verantwoordelijkheid van meerdere actoren. Hoe wordt een kwaliteitscyclus op gang gebracht, wie is verantwoordelijk en wat betekent dat in de praktijk? Een AIOS volgt diens opleiding in meerdere opleidingsinstellingen binnen de onderwijs en opleidingsregio (OOR). Dit betekent dat de opleiding gezamenlijk moet worden vormgegeven. Vanuit deze gedachte is het logisch te streven naar een gezamenlijk kwaliteitsbeleid binnen de OOR. Dit past in de ontwikkeling van de CGS naar Instellingsvisiteren (voorheen verticaal visiteren) en voor het op termijn invoeren van Regionale Opleidingsvisitaties (voorheen horizontaal visiteren), welke gericht is op één vervolgoopleiding in één medisch specialisme binnen één regio.

Doel

Meer zicht krijgen op de samenhang in de opleiding op regionaal niveau.
Tevens inzicht krijgen in bevorderende en belemmerende factoren om te komen tot een gezamenlijk kwaliteitsbeleid.

Doelgroep

Opleiders, aios, COC's, regionale COC's, onderwijskundigen, bestuurders van opleidingsinstellingen en leerhuizen.

Opzet: activiteiten en opbrengst

Opzet:

Een binnen kring van mensen die met elkaar in gesprek gaat.

Een buiten kring van belangstellenden / klankbordgroep.

Activiteiten

Discussierondes aan de hand van stellingen / dilemma's onder leiding van een gespreksleider.

Opbrengst

Inzicht in aanpak en hulpmiddelen om het kwaliteitsbeleid binnen de eigen regio te vergroten.

Referenties

1 Project Pilots Visiteren: Horizontaal en verticaal visiteren van medisch-specialistische vervolgoopleidingen in de praktijk - Eindrapportage, CGS juli 2015

2 stimulans voor interne kwaliteitsverbetering van de geneeskundige vervolgoopleidingen (Scherpbier 2.0) - Actualisatie van het rapport 'Kwaliteitszorg voor de specialistische vervolgoopleiding', 2008, © KNMG, december 2015

Max aantal deelnemers: 12 in de binnen kring 20 in de buiten kring

Trefwoord: Medical education: Postgraduate education, Curriculum: General, Education management: Quality Assurance

Wijze van presentatie: Rondetafelsessie

You can't be what you can't see: een workshop over rolmodellen en etnische diversiteit

Seeleman MC, Kok M
NVMO-werkgroep Diversiteit

Thema

Verschillende universiteiten willen diversiteit en inclusie binnen het onderwijs stimuleren. Het idee is dat een etnisch diverse populatie geneeskundestudenten beschikt over een verscheidenheid aan talenten en bovendien beter toegerust zal zijn voor zorg aan een etnisch diverse samenleving. Toch zien we in de meeste geneeskunde opleidingen geen afspiegeling van de maatschappij als het gaat om etnische diversiteit van studenten. We weten niet precies hoe dit komt. Het is in ieder geval van belang dat opleidingen onderzoeken of ze gelijke kansen aan iedereen bieden om te starten aan de geneeskunde opleiding en deze succesvol af te ronden. Rolmodellen kunnen hierbij een waardevolle rol spelen. Rolmodellen zijn belangrijk bij het ontwikkelen van een professionele identiteit. Maar het begint al eerder. Hebben VWO-scholieren met een migratie achtergrond rolmodellen die hen laten zien dat een geneeskunde studie ook voor hen is weggelegd? En als studenten eenmaal in de opleiding zitten, komen ze dan voldoende docenten en opleiders met een diverse achtergrond tegen die zij als rolmodel kunnen kiezen? Uit de ervaring van leden van de NVMO-werkgroep Diversiteit blijkt dat dit niet het geval is. Daarom organiseren wij deze workshop.

In deze workshop willen we met elkaar in gesprek gaan over het begrip rolmodel in de context van etnische diversiteit. Iedereen kent dit begrip, maar wat is de betekenis ervan? Dat willen we samen exploreren. De volgende vragen komen hierbij ook aan de orde: wat is het belang van een rolmodel in het algemeen en binnen de geneeskunde opleiding? Hoe verloopt het proces van identificatie met een rolmodel? Wat kan een rolmodel voor iemand betekenen? Is het belangrijk dat we 'zichtbaar' diverse rolmodellen hebben?

NB: bovenstaande geldt ook voor andere vormen van diversiteit (zoals LHBT+studenten of studenten met een functiebeperking); om het onderwerp af te bakenen richten wij ons voornamelijk op etnische diversiteit.

Doel

Doel van de workshop is het exploreren van het begrip rolmodel in relatie tot etnische diversiteit binnen de geneeskunde opleiding. Aanvullend willen we onderzoeken of er strategieën zijn die we kunnen toepassen om meer etnisch diverse rolmodellen in de geneeskundeopleiding te krijgen.

Doelgroep

Docenten, studenten, beleidsmakers en andere geïnteresseerden

Opzet: activiteiten en opbrengst

Na een korte inleiding zullen deelnemers in groepjes gaan kijken naar hun eigen ervaringen met rolmodellen. Hoe wordt iemand een rolmodel en wat is de waarde daarvan? Verder zal een docent met een migratie achtergrond (die zelf een rolmodel is) iets vertellen over haar ervaringen. We eindigen met een brainstorm om te kijken of we ook iets kunnen doen om meer diverse rolmodellen in de geneeskunde opleiding te krijgen.

Max aantal deelnemers: 20

Trefwoord: Students/Trainees: All, Teachers/Trainers: Roles of the teacher

Wijze van presentatie: Workshop

Doelmatige zorg: ben jij een idealist of een realist?

Akdemir N, Malik RF, Scheele F
Onze Lieve Vrouwe Gasthuis

Thema

Doelmatigheid in de zorg

Doel

Aan het einde van deze workshop hebben deelnemers:

- meer inzicht gekregen in hun eigen rol in doelmatige zorg;
- geïdentificeerd wat belangrijk is voor een toekomstbestendige zorg.

Doelgroep

Eenieder geïnteresseerd in doelmatigheid, o.a. aios, opleiders, verpleegkundigen en onderwijskundigen.

Opzet: activiteiten en opbrengst

Het is belangrijk dat zorgverleners en in het bijzondere zorgverleners in opleiding discussieren over de betekenis van een doelmatige gezondheidszorg. In deze workshop mogen deelnemers spelenderwijs nadenken over hun rol in doelmatige zorgverlening. Aan de hand van een kaartenspel worden de onderwerpen kwaliteit van zorg, beleid, beoordelen van kwaliteit en de belangrijkste spelers behandeld.

Max aantal deelnemers: 45

Trefwoord: Curriculum: Inter-professional, Curriculum: Core, Learning outcomes: Health economics

Wijze van presentatie: Workshop

Groepsreflectie: Hoe stimuleer je reflectie bij studenten in groepsonderwijs?

Veen M, Siek SA, Meer MME van der, Braak M van
Erasmus MC

Thema

Groepsreflectie is een veel gebruikte werkvorm in medisch onderwijs. Hoewel de meeste medische opleidingen groepsreflectie op één of andere manier in hun curriculum hebben opgenomen, wordt in de literatuur gesignaleerd dat het een ambigu concept is dat sterk afhankelijk is van de context waarin het wordt gebruikt. Reflectie stimuleren op zich is al lastig, en reflectie in groepen voegt daar nog een dimensie aan toe, omdat het complexer is dan 1-op-1 reflectie. In de praktijk moeten docenten en onderwijsmakers in een woud van definities en overwegingen hun weg vinden.

Doel

Het doel van deze workshop is om de theorie over en definities van reflectie te verbinden aan de praktijk, en hiermee te oefenen. We gebruiken hiervoor een dynamische werkvorm waarbij we op basis van wat deelnemers inbrengen (uit eigen ervaring en tijdens het oefenen) de relevante aspecten van de literatuur en theorie bespreken. Deelnemers krijgen de kans om verschillende manieren van reflectie stimuleren uit te proberen, die ze in hun eigen (onderwijs)praktijk kunnen toepassen.

Doelgroep

Onderwijsgevers- en makers die interesse hebben in (het stimuleren van) reflectie in groepen.

Opzet: activiteiten en opbrengst

We beginnen met inventariseren wat deelnemers lastig vinden aan het stimuleren van reflectie in groepen, en wat in hun ervaring goed werkt om reflectie te stimuleren. In de rest van de workshop wisselen we presentatie van theorie, bevindingen uit onderzoek en eigen ervaringen af met oefenen (plenair en in subgroepen). We hebben de workshop zo opgezet dat we delen van de theorie kunnen inbrengen afhankelijk van de thema's die tijdens het oefenen naar voren komen. Dit doen we vanuit onze achtergronden in onderwijskunde, didactiek, filosofie, en onderzoek naar groepsreflectie. In ieder geval behandelen we: de definitie van reflectie, de belangrijkste valkuilen in het stimuleren van reflectie, en manieren om reflectie te stimuleren als de groep dit niet uit zichzelf al doet. Tijdens de workshop, en vooral bij de afsluiting, stimuleren we deelnemers uit verschillende contexten en met verschillende achtergronden van elkaar te leren. We verwachten dat deze workshop helderheid verschaft over wat (groeps)reflectie is en wat niet, en deelnemers nieuwe mogelijkheden biedt om het in de praktijk te stimuleren.

Max aantal deelnemers : Er is geen maximum aantal deelnemers: afhankelijk van het aantal deelnemers maken we subgroepen.

Trefwoord: Learning outcomes: Reflection / Critical thinking / decision-making / clinical reasoning, Teaching & learning: Small group

Wijze van presentatie: Workshop

Interprofessioneel opleiden: een gezamenlijke brainstorm over kansen en mogelijkheden voor IPE samen met de huisartsopleiding.

Sagasser MH¹, Rooijen C den, Scherpbier-de Haan N³, Bernsen L³, Bont J⁴, Kees K van der¹

¹Huisartsopleiding Nederland, ³Radboudumc, ⁴Amsterdam UMC, loc. AMC

Thema

Interprofessioneel opleiden (IPE) staat in toenemende mate in de belangstelling.^{1,2} Steeds meer patiënten hebben een veelvoud van complexe klachten, waarvoor zij –soms gedurende langere tijd- met verschillende zorgverleners te maken krijgen. Om optimale patiëntgerichte zorg te verlenen moeten zorgverleners in hun samenwerking streven naar samenhangende zorg. Zij werken bij voorkeur vanuit een gezamenlijk zorgplan. Helder moet zijn wie waarvoor verantwoordelijk is en wie het overzicht houdt. De commissie Innovatie Zorgberoepen & Opleidingen¹ stelt dat leren vanuit (kenmerkende) praktijksituaties voorwaarde is om ontwikkelingen in de zorg zichtbaar te maken in opleidingsprogramma's. De commissie stelt ook dat interprofessioneel opleiden noodzakelijk is om zorg te kunnen verlenen vanuit het perspectief van de zorgvrager. Zorgverleners maken dan al vroeg kennis met elkaars professie en expertise. De huisarts is vanwege zijn taakstelling en positie in de Nederlandse gezondheidszorg de centrale zorgverlener voor veel patiënten. Tijdens de huisartsopleiding ervaart de aios het belang van goede samenwerking tussen de huisarts en andere zorgverleners binnen de eerste en tweede lijn. De huisartsopleiding wil tijdens de opleiding meer vorm geven aan het contact met andere medische vervolgopleidingen. Een gezamenlijke brainstorm over doelen en mogelijkheden voor IPE voor zowel huisartsopleiding als andere vervolgopleidingen is daarom essentieel.

Doel

We bieden een platform voor medische vervolgopleidingen om samen met de huisartsopleiding kansen en mogelijkheden voor interprofessioneel opleiden te exploreren. Gezamenlijk identificeren we concrete casuïstiek (praktijksituaties) waarbij meerdere zorgverleners betrokken zijn. Via brainstorm in subgroepen benoemen we zo concreet mogelijke vormen van IPE en daarbij mogelijke bevorderende en belemmerende factoren.

Doelgroep

Opleiders, docenten, aios, onderwijskundigen en andere betrokkenen/geïnteresseerden van de huisartsopleiding en/of andere medische vervolgopleidingen.

Opzet: activiteiten en opbrengst

In een plenaire inleiding schetsen we de relevantie van IPE en bevindingen uit de literatuur. We presenteren het curriculum van de huisartsopleiding, waarbij het generieke karakter en het raakvlak met andere zorgverleners zichtbaar wordt. We illustreren een voorbeeld van een vorm van IPE dat vanuit de huisartsopleiding is uitgewerkt. Vervolgens brainstormen we over de vraag welke casuïstiek voor meerdere disciplines herkenbaar is, of daar kansen liggen voor IPE en met welk doel. De opbrengst is een inventarisatie van voor meerdere disciplines herkenbare casuïstiek. Hierna werken subgroepen verder aan de vraag hoe IPE voor deze casuïstiek er concreet uit zou kunnen zien, en wat mogelijk bevorderende en belemmerende factoren of dilemma's zijn. De groepen presenteren hun opbrengsten. De voorzitter vat de opbrengsten samen.

Referenties

1 Commissie Innovatie Zorgberoepen & Opleidingen. Anders kijken, anders leren, anders doen. 2016.

2 Thistlethwaite_J, Moran_M, World Health Organization Study Group. 2010. Learning outcomes for interprofessional education (IPE): Literature review and synthesis. J_Interprof_Care 24(5):503-13.

Max aantal deelnemers: 30

Trefwoord: Curriculum: Inter-professional, Medical education: Postgraduate education, Teaching & learning: General

Wijze van presentatie: Rondetafelsessie

Eén en één is drie. Hoe leer je zo samen te werken dat het geheel meer is dan de som der delen

Spijker A van ¹, Jongh R de ¹, Heijer M den ², Kreeke J van de ³, Gerritsen A ⁴

¹Erasmus MC, ²LUMC, ³Amsterdam UMC, loc. VUmc, ⁴VU

Thema

Samenwerken is een belangrijke vaardigheid voor artsen. In extreme gevallen moeten afdelingen worden gesloten omdat de samenwerking zo slecht verloopt dat de veiligheid van patiënten in gevaar komt (NRC.nl 16-02-2016). Daarom is het van belang om in het geneeskunde curriculum structureel aandacht te besteden aan samenwerken.

Hoe goede/effektieve samenwerking moet worden aangeleerd is helaas nog niet duidelijk. Veel curricula zijn vooral gericht op de beoordeling van individuele leerprestaties van studenten. Vaak worden samenwerkingsopdrachten door studenten opgelost door taken te verdelen, zonder het geheel in de gaten te houden. Theorieën over samenwerking zijn vaak abstract of niet wetenschappelijk onderbouwd. Studies naar interventies om (inter)professionele samenwerking te verbeteren zijn er nauwelijks (Zwarenstein, Goldman, Reeves, 2009)

In april 2018 werd een werkconferentie georganiseerd vanuit alle UMC's ter voorbereiding van het raamplan 2019. In die werkconferentie werd door bijna alle deelnemers gezegd dat het leren van (interprofessionele) samenwerking extreem belangrijk is en dat (interprofessionele) samenwerking belangrijk is voor het ontwikkelen van de professionele identiteit.

De afgelopen tijd is door diverse UMC's onderwijs in samenwerking opgezet. Dat onderwijs is gebaseerd op modellen van samenwerking die buiten de geneeskunde hun waarde hebben bewezen. Door trial-and-error hebben drie UMC's inmiddels behoorlijk wat ervaring opgedaan met onderwijs gericht op samenwerking. Gezien het gebrek aan de schaarste aan wetenschappelijke onderbouwing is het belangrijk van elkaars ervaringen te leren. Deze vorm van practice based learning is de basis voor deze ronde tafel discussie.

De volgende vragen komen aan bod tijdens deze ronde tafel discussie: Welk onderwijs sluit aan bij de beleving van studenten? Welke theorieën en modellen over samenwerking zijn bruikbaar in de geneeskunde? Welke valkuilen zijn bekend? Wat is een goed moment om samenwerking te leren? Wanneer kan een CRM training worden ingezet? Hoe interdisciplinair moet samenwerkingsonderwijs zijn? Hoe moet samenwerking worden getoetst?

Doel

Met en van elkaar leren welke werk- en toetsvormen gebruikt worden voor samenwerkingsonderwijs, op welk moment samenwerking het beste kan worden aangeleerd, en het effect van deze werk- en toetsvormen evalueren.

Doelgroep

Docenten en studenten die zich bezighouden met de ontwikkeling van samenwerkingsonderwijs

Opzet: activiteiten en opbrengst

Door middel van verschillende werkvormen (deelgroepopdrachten, 1-minuut presentaties, sneeuwbaltechnieken) leren de deelnemers wat wel en niet werkt in samenwerkingsonderwijs. Aan het einde van de ronde tafel hebben deelnemers een overzicht van mogelijke werkvormen, relevante theorieën en modellen, manieren van toetsing en de overwegingen die daarbij een rol spelen en een netwerk om inspiratie en ervaringen mee uit te wisselen.

Referenties

1 Zwarenstein M, Goldman J, Reeves S. (2009). Interprofessional collaboration: effects of practice-based interventions on professional practice and healthcare outcomes. Cochrane Database of Systematic Reviews, 3. Art. NO CD000072.

Max aantal deelnemers: 36

Trefwoord: Learning outcomes: Clinical and practical skills, Teaching & learning: Collaborative/peer-to-peer

Wijze van presentatie: Rondetafelsessie

Schouten M¹, Worp J van der²

¹Landsteiner Instituut, ²Groene Hart Ziekenhuis

Thema

Embedded Performance Support is een leeroplossing waarmee precies op het moment dat het nodig is, korte en krachtige werkinstructies op de werkplek kunnen worden aangeboden via digitale apparatuur (pc, laptop, tablet, smartphone). Deze wijze van leren biedt een antwoord op de vraag hoe zorgprofessionals op de beste, meest efficiënte en prettige manier ondersteund kunnen worden op de werkplek zelf. Er wordt immers veel gevraagd van zorgprofessionals in een dagelijkse omgeving waarin wordt geëist dat er adequaat wordt gehandeld, terwijl tegelijkertijd de werkdruk hoog is en de ontwikkelingen elkaar in razend tempo opvolgen.

Doel

Doel van deze workshop is om de deelnemers bekend te maken met het fenomeen werkplekleren, gebaseerd op de uitgangspunten van innovatieve performance support van Mosher en Gottfredson. De deelnemers maken kennis met het onderliggend model voor informeel en formeel leren (the 5 moments of need) en leren hoe ze aan de hand van een gestructureerd stappenplan zelf een embedded performance object kunnen ontwerpen ten behoeve van het ondersteunen van het leren in de praktijk.

Doelgroep

Opleiders, docenten en experts en belangstellenden voor het fenomeen werkplekleren.

Opzet: activiteiten en opbrengst

De trainer laat de deelnemers kort kennismaken met de theorie achter embedded performance support en de verschillen tussen informeel en formeel leren aan de hand van een korte presentatie. Daarna gaan deelnemers in subgroepjes van 3 of 4 zelf aan de slag met het bepalen van een geschikt onderwerp voor EPS.

Activiteit:

Deelnemers oefenen aan de hand van een gestructureerd stappenplan met het zelf maken van een EPS-object. Daarbij worden twee onderdelen die bij het maken van een goed EPS-ontwerp te maken hebben, uitgelicht te weten:

- Rapid job task analysis
- Critical skills analysis

Opbrengst:

Deelnemers hebben inzicht verkregen in het (zelf) maken van leermateriaal dat gebruikt kan worden als embedded performance support en kunnen het stappenplan dat daarvoor geschikt is toepassen.

Max. aantal deelnemers: 18

Trefwoord: Embedded performance support, Rapid job task analysis, Critical skills analysis, Werkplekleren, the 5 moments of need

Wijze van presentatie: Workshop

Intervisie in de masterfase: van idee tot uitvoering

Walter EM¹, Smeenk ADJ², Haarman-Linde RJ¹

¹Universiteit Twente, ²Universiteit Maastricht

Thema

Bij verschillende medische opleidingen is intervisie een belangrijk onderdeel van het terugkomonderwijs. Intervisie als onderwijsvorm draagt op die manier bij aan de professionele en persoonlijke ontwikkeling van studenten gedurende hun stages/coschappen. Onderwerpen die aan bod kunnen komen zijn uiteenlopend van aard: van casuïstiek die indrukwekkend is tot omgaan met eigen verantwoordelijkheid, omgaan perfectionisme en vragen over de eigen professionele identiteit. Het bespreekbaar maken van deze vragen helpt studenten competent te worden in professioneel gedrag. Het idee is dat intervisie op bijdraagt aan een aantal competenties van de CanMeds, onder andere professionaliteit, samenwerking en communicatie.

Doel

In deze rondetafelsessie willen de universiteiten Maastricht en Twente ingaan op hun intervisiepraktijk en ervaringen delen/uitwisselen met andere opleiders. Het gaat hierbij om doel, organisatie en inbedding in de opleiding.

Doelgroep

Iedereen die wil werken/werkt met intervisie in medische opleiding

Opzet: activiteiten en opbrengst

De bijdragende universiteiten presenteren hun (geplande) activiteiten ten aanzien van intervisie voor studenten die stage/coschappen lopen. Door middel van verschillende werkvormen uitwisselen van ideeën en verbeterlagen maken ten aanzien van de intervisie in het medisch onderwijs, toegespitst op ieders werkpraktijk. de bijdragende universiteit

Referenties

1 Begeleide intervisie in de opleiding tot medisch specialist: persoonlijke ervaringen. E. Hoornenborg, CBT Rietmeijer. Tijdschrift voor medisch onderwijs, december 2010 Vo.29, nr. 6. P323-327

2 <https://www.medischcontact.nl/nieuws/laatste-nieuws/artikel/de-vergeten-competenties.htm>

Trefwoord: Learning outcomes: Professionalism / attitude / ethics, Learning outcomes: Reflection / Critical thinking / decision-making / clinical reasoning

Wijze van presentatie: Rondetafelsessie

De patiënt, de dokter en de evidence: beslissingen kritisch leren wegen

Bartelink MEL¹, Welink L¹, Bekhof J², Brand PLP²

¹UMC Utrecht, ²Isala

Thema

Alle klinische opleidingen maken studenten vertrouwd met het omgaan met wetenschappelijke literatuur, onderzoeksmethodes en de principes van evidence-based medicine (EBM) om een antwoord te vinden op vragen in de klinische praktijk. Hoewel studenten en AIOS in de vervolgopleiding worden aangemoedigd het beste antwoord te vinden op de hen gestelde vragen en beschouwen ze vaak wat opleiders hen vertellen als de waarheid: eminence-based medicine. De discussie over waar een opleider een antwoord of beleid baseert worden zelden expliciet gevoerd: welke rol spelen de evidence, de eigen ervaring en de situatie van deze specifieke patiënt? Tijdens het opleiden in de klinische praktijk zou het goed kunnen zijn om als opleider juist wel te coachen in het ontwikkelen van een kritische houding naar beslissingen. Dit kan helpen na te denken over de onderbouwing, in het leren kennen van de eigen beperkingen, en af en toe 'ik weet het niet' te leren zeggen als teken van zelfinzicht in plaats van zwakte.

Doel

De rondetafeldiscussie stimuleert het uitwisselen van ideeën en samen nadenken over wat nodig is om te leren een kritische houding aan te nemen over de onderbouwing van medische beslissingen op de klinische werkplek, welke rol de opleider met veel klinische expertise en de patiënt daarbij spelen, welke formats zich daarvoor lenen, hoe we kunnen evalueren/toetsen of dit leren daadwerkelijk gebeurt en ook iets oplevert, en hoe dit in de toekomst verder te stimuleren en implementeren.

Doelgroep

Allen die in op de klinische werkplek te maken hebben met opleiden.

Opzet: activiteiten en opbrengst

Na een korte introductie van wat leren toepassen van EBM betekent zullen we samen met de deelnemers verder gaan nadenken en discussiëren aan de hand van een aantal praktijkvoorbeelden over wat nodig is om dit goed te leren op de klinische werkplek. Hierbij zullen we steeds specifiek inzoomen op de verschillende invalshoeken en hoe die te gebruiken: de opleider, de AIOS, de patiënt en de evidence. Betere integratie van EBM in de opleidingspraktijk zal de kloof tussen wetenschap en praktijk verkleinen en de weg naar shared decision making vergroten.

Max aantal deelnemers: 40

Trefwoord: Assessment: Workplace-based (on-the-job)assessment, Medical education: Postgraduate education, Learning outcomes: Reflection / Critical thinking / decision-making / clinical reasoning

Wijze van presentatie: Rondetafelsessie

Medicatiereviews door studenten: Het Interprofessionele Studententeam Polyfarmacie

Reumerman MO¹, Tichelaar J¹, Domela Niewenhuis P¹, Daelmans HEM², Springer H³, Muller M¹, Richir M¹, Agtmael MA van¹

¹Amsterdam UMC, loc. VUmc, ²VUmc School of Medical Sciences, ³Hogeschool InHolland Amsterdam

Context/probleemstelling of aanleiding

Het rationeel voorschrijven en evalueren van medicatie is een essentiële vaardigheid van elke voorschrijvende zorgprofessional aangezien veel consulten eindigen met het schrijven van een recept. Het is daarom belangrijk dat medische curricula hun studenten optimaal voorbereiden op de toekomstige beroepspraktijk. Helaas maken net afgestudeerde zorgprofessionals nog veel fouten bij het voorschrijven van medicatie en verloopt de interprofessionele samenwerking tussen de arts, verpleegkundig specialist, verpleegkundigen en de apotheek verre van optimaal. Om studenten in de gezondheidszorg beter voor te bereiden op de toekomstige beroepspraktijk is het interprofessioneel samen leren of samen werken in de opleiding belangrijk, met name op het gebied van de zorg voor de complexe oudere patiënten.

Beschrijving van de interventie/innovatie

Sinds oktober 2017 is het Interprofessionele Studententeam Polyfarmacie (ISP) opgenomen als onderdeel van de geheugenpoli op het Centrum voor Ouderengeneeskunde Amsterdam (COGA). Het ISP, bestaande uit een wekelijks wisselende samenstelling van studenten geneeskunde (bachelor en master), farmacie en verpleegkundig specialisten, evalueert wekelijks de medicatie van oudere patiënten op deze polikliniek. Na een medicatie-anamnese (30 minuten) en medicatiereview stelt het studententeam gezamenlijk farmacotherapeutische medicatie-adviezen op. Na voorbespreking met een klinisch farmacoloog i.o. worden de medicatie-adviezen overgedragen tijdens het multidisciplinair overleg en ingevoerd in de digitale status. Na afloop van de pilot werd het project geëvalueerd middels een digitale enquête en werden medicatie-adviezen geëvalueerd.

Ervaringen/analyse van de implementatie

Tijdens de pilot (24-10-2017 t/m 13-3-2018) hebben 31 studenten meegedaan. Het merendeel van de studenten had niet eerder interprofessioneel samengewerkt, een medicatie-anamnese afgenomen of een medicatiereview uitgevoerd bij een echte patiënt. Studenten vonden het interprofessioneel samenwerken leerzaam (4.5, 1-5 min/max) en bijdragend aan de toekomstige interprofessionele samenwerking (3.8, 1-5 min/max). Het merendeel van de studenten (61%) vond het inzicht krijgen in de verschillende werkwijzen en kwaliteiten van hun interprofessionele collega's het meest leerzaam. Overall werd de ISP-pilot beoordeeld met een 7.7 (schaal 1-10). In de 24 consulten heeft het ISP 155 geneesmiddelen gereviewed waarop 62 medicatie-adviezen zijn geformuleerd. In totaal zijn 51 adviezen (82%) direct ingevoerd of overgedragen aan de verwijzende zorgverlener. Medicatie-adviezen werden voornamelijk gegeven over vitaminesuppletie, (starten en stoppen van) maagbescherming en antihypertensiva maar ook over het staken van sterk anti-cholinerge medicatie en langwerkende benzodiazepinen (slaapmedicatie).

Lessons learned (implicaties voor de praktijk)

Het Interprofessionele Studententeam Polyfarmacie is een innovatieve zorgverbetering voor een polikliniek in een (academisch) ziekenhuis. Veel opgestelde medicatie-adviezen worden direct doorgevoerd en kunnen toekomstige medicatie-gerelateerde schade voorkomen. Het ISP biedt studenten tevens een eerste mogelijkheid om interprofessioneel samen te werken en inzicht te verkrijgen in de kwaliteiten van zijn toekomstige collega's. Een interventiestudie naar de opbrengsten voor patiënten en verdieping in het interprofessioneel leren volgt.

Trefwoord: Curriculum: Inter-professional, Learning outcomes: Patient safety / errors, Assessment: Workplace-based (on-the-job)

Wijze van presentatie: Praktijkpaper

Klinische en lange termijn effecten van een onderwijsinterventie over farmacovigilantie

Reumerman MO¹, Tichelaar J¹, Eekeren R van², Richir M¹, Agtmael MA van¹

¹Amsterdam UMC, loc. VUmc, ²Nederlands bijwerkingencentrum Lareb

Context/probleemstelling of aanleiding

Het monitoren van geneesmiddelen (farmacovigilantie) is essentieel om onbekende en ernstige bijwerkingen vroegtijdig te herkennen en daarop aangepaste maatregelen te kunnen nemen.

Farmacovigilantie centra spelen hierbij een belangrijke rol maar zijn afhankelijk van de kwaliteit en kwantiteit van de gemelde bijwerkingen. Ondanks de wettelijke verplichting is er sprake van een forse onderrapportage van bijwerkingen, vooral onder verpleegkundigen (160 meldingen per jaar). Aangezien (oncologie-) verpleegkundigen een groot deel van de geneesmiddelen toedienen kunnen zij een belangrijke rol spelen bij het rapporteren van bijwerkingen. Tot nu toe geven de meeste onderwijskundige interventies slechts een geringe toename in kennis en gedrag over farmacovigilantie en zijn de klinische en of lange-termijn effecten zijn nog onbekend.

Beschrijving van de interventie/innovatie

In één van drie post-HBO opleidingen waar oncologieverpleegkundigen de “voorschrijfbevoegdheid voor oncologieverpleegkundigen” kunnen behalen werd een interventie over farmacovigilantie toegevoegd aan het opleidingsplan. De overige twee opleidingsinstituten dienden als controlegroep. De interventie bestond uit een introductiecollege over farmacovigilantie, gevolgd door een bijwerkingen meldopdracht en groepsdiscussie over de gemelde bijwerking. De door oncologieverpleegkundigen gemelde bijwerkingen (Nederlands bijwerkingencentrum Lareb) werden tot één jaar na het behalen van de voorschrijfbevoegdheid geanalyseerd. Tevens werden de oncologieverpleegkundigen gevraagd twee online vragenlijsten in te vullen direct na de opleiding (T0) en één jaar later (T1).

Ervaringen/analyse van de implementatie

Tot op heden zijn 70 oncologieverpleegkundigen geïnccludeerd, waarvan 60 in de interventiegroep (74% van het totaal) en 10 in de controle groep (59% van het totaal). Één jaar na het afronden van de module zijn 70 bijwerkingenmeldingen gedaan door uitsluitend oncologieverpleegkundigen uit de interventiegroep. Zes meldingen zijn gedaan na het afronden van de module (1100% toename). De gemiddelde score op de 12 kennisvragen was significant hoger voor de interventiegroep (T0: 82% / T1: 83%) vergeleken met de controle groep (T0: 65% / T1: 69%) [one-way ANOVA, $p < 0.001$]. De oncologieverpleegkundigen waren ook één jaar na de interventie meer bewust van de noodzaak van farmacovigilantie (5.88 ± 0.24 / 4.13 ± 1.11 , 1-7min/max) en hadden meer positieve intenties om ernstige bijwerkingen te melden (5.19 ± 0.41 / 3.31 ± 0.61) dan de controle groep. Daarbij voelden oncologieverpleegkundigen uit de interventiegroep zich aanhoudend meer verantwoordelijk voor hun taak in farmacovigilantie (3.66 ± 0.36 vs 1.75 ± 0.59 , 1-5 min/max)

Lessons learned (implicaties voor de praktijk)

Dit is de eerste interventie die een significante en klinisch relevante toename laat zien van het aantal gerapporteerde bijwerkingen. De interventie is makkelijk toepasbaar en geeft direct een zorgverbetering voor ziekenhuizen in de regio. De interventie geeft een duurzame toename in kennis over farmacovigilantie en zorgt dat deelnemers meer verantwoordelijkheid voelen voor hun taak in geneesmiddelen monitoring. Verder onderzoek is nodig om grotere groepen te evalueren en de kwalitatieve klinisch aspecten van de interventie te onderzoeken.

Trefwoord: Learning outcomes: Patient safety / errors, Medical education: Postgraduate education

Wijze van presentatie: Praktijkpaper

Bakkum MJ, Tichelaar J, Richir MC, Agtmael MA van
Amsterdam UMC, loc. VUmc

Context/probleemstelling of aanleiding

Recente literatuur toont aan dat de voorschrijfaardigheden van jonge dokters in Europa onvoldoende zijn. Maar liefst één op de tien recepten die zij schrijven bevat een potentieel schadelijke fout en naar schatting heeft dit gevolgen voor 50% van de opgenomen patiënten. Het is daarom belangrijk om het Europese voorschrijfonderwijs te verbeteren en te uniformeren. Digitaal leren kan hierbij een belangrijke rol spelen aangezien het belangrijke voordelen heeft ten opzichten van traditioneel leren. Zo kan een digitaal leermodule, na éénmalige productie, veelvuldig worden ingezet en gemakkelijk worden verspreid om zo kosten te besparen. Daarnaast heeft de student de vrijheid om het ideale moment en tempo van de studie te kiezen. De effecten van digitaal leren zijn echter nog grotendeels onbekend. Het doel van deze studie is overzicht te krijgen van digitale leermogelijkheden binnen het voorschrijfonderwijs, de effecten hiervan te evalueren en te onderzoeken wat kwaliteitsindicatoren zijn voor goed digitaal leren.

Beschrijving van de interventie/innovatie

De databases PubMed, Embase, ERIC en CINAHL werden systematisch doorzocht naar artikelen over digitaal onderwijs in de klinische farmacologie voor voorschrijfbevoegde zorgmedewerkers (artsen, tandartsen, gespecialiseerd verpleegkundigen en in bepaalde landen apothekers). De kwaliteit van de artikelen werd beoordeeld met behulp van de Medical Education Study Research Quality Instrument (MERSQI).

Ervaringen/analyse van de implementatie

56 artikelen werden geïnccludeerd in de analyses. 25 artikelen beschreven een kwalitatieve studieopzet en 9 beschreven een gerandomiseerde trial. De gemiddelde MERSQI-score van de niet-kwalitatieve artikelen was 11.2 uit 18 (± 2.9). De meeste artikelen bespraken een e-learning (n=44) of blended learning (n=8), al dan niet gecombineerd met online toetsing (n=8). Simulaties en virtual reality werden weinig beschreven (n=3 totaal). Het hoogste niveau op de Kirkpatrick-pyramide was niveau 1 (reacties en ervaringen van de gebruikers) (n=9) en niveau 2 (uitkomsten op kennis en cognitieve vaardigheden) (n=17), hiervan lieten 8 respectievelijk 13 artikelen positieve uitkomsten zien. Slechts 4 artikelen beschreven hogere niveaus met wisselende uitkomsten. Uit de kwalitatieve analyse blijkt dat vrijheid (in 7 artikelen), gebruik van multimedia (5) en directe feedback (2) positief werden beoordeeld. Daarentegen werden vormgevings- (5) en technologische (4) problemen, alsmede een te zware tijdsbelasting (3) negatief beoordeeld.

Lessons learned (implicaties voor de praktijk)

Digitaal leren voor voorschrijfonderwijs wordt over het algemeen positief geëvalueerd door studenten en het lijkt bij te dragen aan kennis en vaardigheden voor veilig voorschrijven. Naar effecten van digitaal leren op voorschrijfgedrag en medicatiefouten is meer onderzoek noodzakelijk. Vrijheid, directe feedback op toetsvragen en veelzijdig gebruik van multimedia worden positief beoordeeld in digitale leermethoden. Vormgeving en techniek dienen het gebruik niet te hinderen en er moet voldoende tijd beschikbaar zijn om de module te doorlopen.

Trefwoord: Teaching & learning: e-learning/computers, Research in medical education: All, Medical education: All

Wijze van presentatie: Praktijkpaper

Digitale microscopie in het medisch onderwijs: een verdiepende kijk op het integreren van anatomie, histologie en pathologie

Maaren J van, Haeften T van
Universiteit Utrecht

Context/probleemstelling of aanleiding

Binnen het veterinaire medisch onderwijs maakt histologie een belangrijk onderdeel uit van het pakket aan basiskennis wat een student te ontleen krijgt. Het reguliere microscooponderwijs stuit op enkele praktische en didactische bezwaren:

Door de noodzaak tot het gebruik van een microscoop kan de student alleen op specifieke locaties en onderwijsmomenten oefenen met histologie. Dit beperkt de zelfstudie van de student en de mogelijkheid tot '*blended learning*' binnen een cursus.

Wanneer de student niet wordt begeleid bij microscopie, wordt feedback op de door de student gevonden structuren frequent gemist door de student.

Als een docent een groep studenten begeleidt, moet de docent tot student ratio voldoende groot zijn. Het krijgen van onvoldoende feedback op het eigen functioneren, kan voor studenten demotiverend werken.

Doordat de microscopen zich op afstand bevinden (in tijd of ruimte) van anatomisch/pathologisch onderwijs, wordt de relatie tussen microscopie en macroscopie onvoldoende ervaren door de student.

Beschrijving van de interventie/innovatie

Het begrijpen van de histologische opbouw van organen is essentieel om de fysiologie van het lichaam te bevatten en pathologische processen te doorzien. Binnen de opleiding Diergeneeskunde is gestreefd naar het ontwikkelen van meer geïntegreerd onderwijs, waarbij studenten vaker én beter kunnen oefenen met de histologie. Digitale microscopie maakt een groot onderdeel uit van de manier waarop wij dat hebben gerealiseerd.

Ervaringen/analyse van de implementatie

Het gebruik van het online programma PathXL, waarin de student 'door het preparaat heen kan lopen', kan inzoomen, uitzoomen én metingen kan verrichten, bood de mogelijkheid om de preparaten zowel tijdens contactonderwijs alsook bij zelfstudie in te zetten. Door de preparaten van annotaties te voorzien, kan de student gestuurd worden in zijn of haar leren. Het integreren van deze preparaten in e-modules waarbij anatomie, zowel microscopisch als macroscopisch én pathologie naast elkaar gezet worden, biedt de student unieke inzichten. Daaraan gekoppelde opdrachten en casuïstiek maken het voor de student mogelijk om zichzelf te toetsen op het huidige niveau van kennis en begrip.

Hun ervaringen: ze vinden het leuk, ze willen méér! De e-module Huid werd met gemiddeld een 8,35 (schaal 1-10) gewaardeerd. Studenten gaven aan het werken met digitale preparaten leuk (Schaal van 1-5: $M = 4,58$) en leerzaam ($M = 4,58$) te vinden.

Lessons learned (implicaties voor de praktijk)

Verbeterpunten voor de toekomst zijn het interactiever en ook toetsbaar maken van de digitale microscopie. Daarnaast ligt er een uitdaging in het vormgeven aan cursussen als geheel: waarvoor moet de student nog naar het contactonderwijs komen en wat kunnen ze als zelfstudie doen?

Voor ons als docenten ligt nu de vraag voor, hoe we dit concept in nadere cursussen gaan uitrollen. Want de wil, die is er zeker!

Trefwoord: Curriculum: Integration, Teaching & learning: Blended learning, Teaching & learning: e-learning/computers

Wijze van presentatie: Praktijkpaper

Ottow MK¹, Hogeveen M², Bon B van²

¹Rijnstate, ²Radboudumc

Context/probleemstelling of aanleiding

Social media heeft een steeds grotere plek in de samenleving, zeker onder jongeren. *Social learning* en *gamification* zijn manieren om onderwijs te innoveren met behulp van methodes die door studenten in het dagelijks leven worden gebruikt.

Beschrijving van de interventie/innovatie

Sinds 2016 hebben wij voor de eerstejaars module Nature&Nurture van het curriculum Geneeskunde en Biomedische Wetenschappen gebruik gemaakt van een *social learning* platform Curatr, een online leeromgeving waarbij de student met behulp van het halen van *Experience Points* meerdere levels doorloopt. Er wordt gestimuleerd tot zelf-ontdekkend leren waarbij enkele onderdelen noodzakelijk zijn voor het behalen van de levels en andere onderdelen facultatief zijn. Tevens zijn er zowel individuele als groepsactiviteiten waarbij uitgebreide interactie mogelijk is. Wij vroegen ons af of wat het leereffect van dit platform was en of er effect was op de toets resultaten van de studenten.

Ervaringen/analyse van de implementatie

In totaal hebben 900 studenten meegedaan in de twee Curatr cohorten waarvan 357 studenten toestemming gaven voor gebruik van hun toetsresultaten. Curatr werd goed beoordeeld met een gemiddeld cijfer van 7.5/10 punten.

Deelnemers aan de Curatr cohorten hadden een significant hoger percentage goede antwoorden in de kwartaaltoets: klassieke methode (n=461) 52% (sd 26%) en Curatr methode 75% (sd 26%), $p < 0.001$. Voorafgaand en na afloop van de module werd dezelfde toets afgenomen. Er is een duidelijk leereffect met gemiddeld 22.7/100 (95% BI 20.1;25.2) punten toename van de score van de toets na doorlopen van de e-learning module.

Lessons learned (implicaties voor de praktijk)

Een *social learning* platform met zelf-ontdekkend leren wordt goed ontvangen door studenten geneeskunde en biomedische wetenschappen. Tevens is er sprake van betere resultaten op de kwartaaltoets dan bij de klassieke vorm van onderwijs.

Interactie bleek moeilijk te stimuleren, indien studenten zelf initiatief toonden was er interactie aanwezig, echter digitaal tot de orde roepen was moeilijk. Tevens kan een prikkelende vraag worden genegeerd.

Trefwoord: Teaching & learning: e-learning/computers, Teaching & learning: Learning styles/theory/instructional design, Teaching & learning: Games

Wijze van presentatie: Praktijkpaper

Inzet van 360° video based virtual reality van een niertransplantatie en -donatie in meerdere fasen van het medische curriculum

Pieterse AD¹, Huurman VAL¹, Hage JA van der¹, Hurkxkens TJ², Jong PGM de¹, Hierck BP¹, Reinders MEJ¹

¹LUMC, ²Universiteit Leiden

Context/probleemstelling of aanleiding

360° video based virtual reality (VR) is een digitale technologie waarbij 360° video wordt gebruikt om een virtual reality omgeving te creëren. Door gebruik van een VR-bril kan de kijker 360 graden in de rondte kijken en wordt deze ondergedompeld in de gefilmde omgeving. De technologie geeft unieke kansen voor activerend onderwijs en maakt klinische situaties beschikbaar die normaliter niet of moeilijk bereikbaar zijn. Het LUMC heeft een 360° virtual reality omgeving van een nierdonatie en –transplantatie ontwikkeld.

Beschrijving van interventie / innovatie

Twee 360° video's van een nierdonatie en niertransplantatieprocedure bij een patiënt zijn opgenomen op een operatiekamer van het LUMC. Zowel de 360° video als de videobeelden van de headcam van de chirurg zijn gebruikt om een virtuele omgeving van de operatiekamer te creëren. De omgeving is te bekijken met een VR-bril, maar ook op een computer, tablet of telefoon.

Met deze applicatie is onderwijs gegeven aan 4^e jaars geneeskundestudenten (coassistenten vóór start van coschap chirurgie), geneeskundestudenten in de Honors Class 'Orgaantransplantatie', en arts-assistenten chirurgie. Hierbij waren de leerdoelen en opdrachten voor de diverse doelgroepen verschillend.

Ervaringen/analyse van de implementatie

De geneeskundestudenten kregen opdrachten rondom samenwerking, identificatie van verschillende rollen, en communicatie tussen de diverse medewerkers op de operatiekamer. Na afloop gaven ze aan dat de 360° video realistisch aanvoelde en dat ze door het onderwijs een beter beeld hadden gekregen van de activiteiten op de operatiekamer. Hierdoor voelden ze zich beter voorbereid op het betreden van de operatiekamers tijdens het coschap. Ze voelden zich actiever betrokken dan bij het kijken van normale video's. Arts-assistenten chirurgie kregen de video te zien met een voice-over van de transplantatiechirurg met uitleg over de chirurgische ingrepen. Daarnaast kregen zij vragen die meer gericht waren op de specifieke chirurgische procedure. Zij vonden het kijken van de video's inspirerend en gaven aan dat het een goede voorbereiding is op het assisteren op de operatiekamer. Tevens werd opgemerkt dat de 360° video's uitstekend gebruikt kunnen worden om onderwijs te geven over ergonomie op de operatiekamer.

Lessons learned (implicaties voor de praktijk)

360° video based virtual reality kan ingezet worden om op activerende wijze studenten en arts-assistenten voor te bereiden op het betreden van de operatiekamer. Door het materiaal te voorzien van voice-overs, leerdoelen en opdrachten, kan hetzelfde onderwijsmateriaal gebruikt worden voor onderwijs dat toegespitst is op uiteenlopende doelgroepen. In dit kader zijn we de 360° video's met bijbehorende opdrachten aan het integreren in onder andere de Massive Open Online Course (MOOC) 'Clinical Kidney, Pancreas and Islet Transplantation'.

Trefwoord: Teaching & learning: Experiential learning, Medical education: Trends, Teaching & learning: General

Wijze van presentatie: Praktijkpaper

3D3P: Digital Do's and Don'ts, Potentie en Pitfalls van het Patiëntenportaal

Eijkelboom MCL¹, Wijngaarden JJ van¹, Schot WD², Hoven P van den², Frenkel J¹

¹UMC Utrecht, ²Universiteit Utrecht

Context/probleemstelling of aanleiding

Artsen en patiënten communiceren steeds vaker via e-consulten. E-consulten zijn in deze studie gedefinieerd als asynchrone tekstberichten binnen een patiëntenportaal. Dit stelt patiënten in staat om op afstand, in samenspraak met hun arts, continu de regie over hun zorgproces te houden.

De communicatietraining van medisch studenten richt zich met name op face-to-face contact, waar studenten leren aandacht te hebben voor non-verbale signalen. Deze signalen ontbreken echter in een e-consult, wat het risico op miscommunicatie vergroot.¹ Om e-consulten optimaal te benutten en misverstanden te beperken is gerichte training noodzakelijk. Het 3D3P project beoogt een dergelijke training te ontwikkelen.

Beschrijving van de interventie/innovatie

De inhoud van de training is bepaald door kenmerken van goede en slechte e-consultatie te identificeren middels verzameling van gebruikersfeedback en analyse van bestaande e-communicatie. Individuele open interviews werden gehouden met 7 patiënten, 6 artsen en 7 studenten. Bevindingen uit de interviews zijn uitgediept in 2 focusgroepen met elk 3 patiënten en 3 artsen. Daarnaast zijn bestaande e-consulten systematisch geanalyseerd op tekstenkenmerken die de effectiviteit van de communicatie kunnen verstoren.²

Met deze kennis wordt momenteel een E-module ontworpen voor Master jaar 3 geneeskunde studenten. Deze module beoogt studenten in staat te stellen effectief te communiceren via e-consulten. Het resultaat van de training wordt in de zomer van 2018 geëvalueerd middels vragenlijsten, semigestructureerde interviews en vergelijking van de prestatie tijdens e-consult scenario's voor en na de training.

Ervaringen/analyse van de implementatie

Over het algemeen worden e-consulten door patiënten en artsen gezien als een medium voor korte, simpele vragen waar een eenduidig antwoord op gegeven kan worden. E-consulten kunnen daarnaast patiënten helpen bij het ordenen van hun gedachten. Opvallend is dat veel artsen de duidelijkheid van hun bericht overschatten.

Simpele aspecten van e-consultatie, die de helderheid en functionaliteit bevorderen, zijn geïdentificeerd. Voorbeelden hiervan zijn: een nette aanhef en afsluiting in het bericht, controle of de patiënt het bericht heeft begrepen door hier expliciet naar te vragen en afspraken over geschikte onderwerpen voor e-consulten en responstijd.

Resultaten van leeropbrengsten van de E-module worden gepresenteerd op het congres.

Lessons learned (implicaties voor de praktijk)

E-communicatie wordt een essentieel onderdeel in de arts-patiënt interactie. Aankomende artsen moeten getraind worden in deze vorm van communicatie, omdat het wezenlijk verschilt van face-to-face interactie. Het 3D3P project heeft verschillende elementen geïdentificeerd voor effectieve schriftelijke asynchrone elektronische communicatie. Deze elementen vormen de basis voor de ontwikkeling van een E-module over e-consultatie.

Referenties

1 J. Kruger, et al.(2005). Egocentrism over e-mail: Can we communicate as well as we think? *Journal of Personality and Social Psychology*, 89(6), 925-936.

2 P. Van den Hoven, et al.(2018). Enkele kenmerken van communicatie tussen arts en patiënt via het E-consult. Een onderzoek binnen het 3D3P-project van het UMC Utrecht. 10.13140/RG.2.2.30179.66086.

Trefwoord: Learning outcomes: Communication skills, Medical education: Undergraduate education

Wijze van presentatie: Praktijkpaper

Keuzestage onderwijs: een waardevolle ervaring voor student en docent

Teheux L, Bot P, Draaisma JMT, Schokking M
Radboudumc

Context/probleemstelling of aanleiding

Onderwijsactiviteiten worden steeds breder erkend als waardevol onderdeel van de opleiding tot arts. Desondanks zijn de taken voor een student-docent tot op heden vaak beperkt tot het geven van onderwijs en wordt de ontwikkeling en verbetering van onderwijs vaak overgelaten aan de "onderwijsprofessionals". Wij zijn van mening dat het breder inzetten van studenten met een passie voor onderwijs een geweldige kans is om enerzijds innovatie in onderwijs te stimuleren en anderzijds bij te dragen aan professionele en persoonlijke ontwikkeling van toekomstig docenten.

Beschrijving van de interventie/innovatie

Een laatstejaars geneeskunde student werd opgenomen in het onderwijsteam van de afdeling kindergeneeskunde tijdens een keuzestage medisch onderwijs van 12 weken. De student-docent ondernam verscheidene activiteiten in het geven, evalueren en ontwikkelen van onderwijs tijdens het voorbereidend onderwijs van het coassistentenschap kindergeneeskunde voor vijfdejaars geneeskunde studenten.

De student-docent werd maandelijks begeleid door een persoonlijk begeleider en dagelijks door mededocenten. De opgedane ervaringen werden d.m.v. leer- en reflectieverslagen vastgelegd in een portfolio.

Ervaringen/analyse van de implementatie

De keuzestage is geëvalueerd middels een enquête voor studenten en het docententeam en een focusgroep sessie met de student-docent en directe begeleiders.

De enquête is ingevuld door 31/90 studenten en 5/8 docenten. 45% van de studenten is van mening dat de keuzestage bijdroeg aan verbetering van het onderwijs en 51% vindt het leuk om onderwijs te ontvangen van de student-docent. 25% van de studenten en alle docenten zijn het eens dat de keuzestage waardevol is voor toekomstige zorgprofessionals en 45% van de studenten en alle docenten zouden de keuzestage aanbevelen voor andere vakken.

De focusgroep is het unaniem eens dat de keuzestage een waardevolle bijdrage is voor het onderwijs. Genoemde voordelen zijn initiatie van nieuwe ideeën, inbreng van nieuwe energie en enthousiasme en een sterke bijdrage aan innovatie van het onderwijs. De ervaren uitdagingen zijn het stellen van prioriteiten, onzekerheid van studenten over de inhoudelijke kwaliteit van het onderwijs door de student-docent en blootstelling van de student-docent aan al dan niet terechte kritiek. De student-docent beschouwt de keuzestage als een zeer waardevolle academische ervaring die heeft bijgedragen aan haar professionele en persoonlijke groei.

Lessons learned (implicaties voor de praktijk)

In onze ervaring biedt een keuzestage medisch onderwijs een enorme kans als trigger voor innovatie van onderwijs, stimulans voor docent-docent-interactie en leerervaring voor de toekomstig docent. Om dit concept duurzaam te kunnen implementeren is het wenselijk dat studenten, student-docenten en begeleiders beter voorbereid worden om de ervaren valkuilen te kunnen voorkomen.

Trefwoord: Curriculum: Options / electives, Teaching & learning: Collaborative/peer-to-peer, Medical education: Undergraduate education

Wijze van presentatie: Praktijkpaper

Report your own patient: verdieping van een patiëntcontact voor studenten biomedische wetenschappen in de bachelor van het Nijmeegs curriculum

Helvoort HAC van, Gulp PJM van
Radboudumc

Context/probleemstelling of aanleiding

In de opleiding Geneeskunde en Biomedische wetenschappen wordt toenemend aandacht gegeven aan verwerven van competenties die nodig zijn om persoonsgerichte zorg te kunnen verwezenlijken. In Nijmegen starten de studenten vanaf jaar 1 als (beginnende) collega en participeren in de praktijk. Studenten worden uitgedaagd om verbanden te leggen tussen praktijk en theorie. Kernbegrippen zijn: 'personalized en participatory healthcare'. Voor de studenten Biomedische wetenschappen is recent een wetenschappelijk georiënteerd project rondom patiëntencontact ontwikkeld, het 'Report Your Own Patient' (RYOP).

Beschrijving van de interventie/innovatie

In de RYOP verdiept de student zich naar aanleiding van één door hem zelf gekozen patiëntencontact uit de praktijk. In de literatuur en bijvoorbeeld in richtlijnen vindt de student adviezen over diagnostiek en behandeling voor groepen patiënten. Deze blijken niet altijd toepasbaar voor de unieke patiënt met zijn unieke context.

Ook voor een toekomstig onderzoeker is het van belang om te ervaren dat elke patiënt in de eerste plaats een uniek persoon is. De unieke persoon verlangt een persoonlijke benadering door de zorgverlener én heeft ook een persoonlijk belang bij de wetenschappelijke benadering van zijn/haar ziektebeeld.

Aan de hand van leerdoelen gericht op het contact leggen en communiceren met de patiënt, verdiepen in de context en ziekte van de patiënt en literatuuronderzoek werkt de student een opdracht uit. Het eindproduct is een idee voor een (nieuw) wetenschappelijk onderzoek wat er voor deze patiënt/patiëntengroep daadwerkelijk toe doet (relevant) en waarin patiëntparticipatie ook een rol heeft. Een tweede eindproduct is een reflectie op het patiëntencontact en de professionele vorming van de student als wetenschapper.

Ervaringen/analyse van de implementatie

Deze innovatie is geïmplementeerd in het Nijmeegse cohort 1^{ste} jaars studenten Biomedische Wetenschappen 2017/2018 (100 studenten). Middels kwalitatief onderzoek van de twee eindproducten en evaluatie onder de studenten zal in juni 2018 duidelijk worden of de studenten de beoogde leerdoelen behalen en bewustzijn is gecreëerd voor patiëntparticipatie in de wetenschap. Een eerste analyse laat zien dat de studenten tussentijds weinig vragen stellen, een patiëntcontact hebben gevonden en aan de slag zijn met de opdracht.

Lessons learned (implicaties voor de praktijk)

Gezien de maatschappelijke veranderingen en vernieuwingen in de gezondheidszorg met een centrale rol voor de patiënt is het van belang om reeds eerste jaars studenten BMW hier bewust mee kennis te laten maken. Patiëntencontacten hebben een meerwaarde in hun curriculum. De unieke persoon heeft een persoonlijk belang bij de wetenschappelijke benadering van zijn/haar ziektebeeld en de vertaling van wetenschap naar context voor een patiënt en vice versa is een verrijking in de opleiding van onderzoekers.

Trefwoord: Curriculum: Case / presentation-based, Curriculum: Outcome/competency-based

Wijze van presentatie: Praktijkpaper

Integratie van patiëntgerichte communicatie en klinisch redeneren in anamnese training voor studenten

Hulsman RL, Ree-Rammeloo F de, Oosterhuis H, Bruins W
Amsterdam UMC, loc. AMC

Context/probleemstelling of aanleiding

Preklinische communicatietrainingen zijn vaak gericht op elementaire interviewvaardigheden en niet of nauwelijks op klinisch redeneren (Keifenheim 2015). Medische communicatie en klinisch redeneren apart aanleren kan verhinderen dat studenten de belangrijke link begrijpen tussen deze vaardigheden en kan ertoe leiden dat ze de psychosociale aspecten van patiëntenzorg onderwaarden (Windish et al. 2005). Medische studenten hebben de neiging om patiënt-gerichte attitudes te verliezen naarmate ze vorderen in de medische opleiding, vooral tijdens klinische stages. Echter, het effectief afnemen van een anamnese vereist zowel klinische kennis om relevante vragen te stellen als om de antwoorden van de patiënt te kunnen interpreteren. Bovendien is overdracht van communicatievaardigheden het meest effectief wanneer ze in een realistische context worden getraind. We hebben een gestructureerde lesmethode ontwikkeld waarmee studenten patiënt gerichte actieve luistervaardigheden en elementaire klinische redeneer taken leren integreren.

Beschrijving van de interventie/innovatie

Studenten worden getraind in kleine groepen van 6 studenten, die individueel een anamnese gesprek oefenen met simulatiepatiënten die ieder in eerste instantie dezelfde reden voor de ontmoeting presenteren. Studenten bereiden het gesprek voor met het bestuderen van: 1) e-learning over actieve luistervaardigheden en 2) 5 of 6 voorgedefinieerde diagnostische protocollen (NHG standaarden) die verband houden met dezelfde reden voor de ontmoeting. De e-learning presenteert actief luistervaardigheden met betrekking tot: a) relatie leggen; b) het verzamelen van betrouwbare biomedische informatie over de klachten; c) vragen over de ideeën, zorgen en verwachtingen van de patiënt; d) het structureren van het consult (Kurtz et al. 2003). De klinisch redeneren instructie is gericht op het ontwikkelen van een patiënt-specifieke probleemlijst en differentiële diagnose. De probleemlijsten bevatten klachten en symptomen van ziekte, medische geschiedenis, familiegeschiedenis, psychosociale geschiedenis en patiëntvoorkeuren voor zorg (Windish et al. 2005).

Ervaringen/analyse van de implementatie

De gestructureerde lesmethode werd in 2017 goed ontvangen door alle tweedejaars studenten. Studenten waren in staat om actieve luister- en klinische redeneervaardigheden te combineren in hun rollenspel. Ze waren in staat om een differentiële diagnose te stellen die de primaire en secundaire waarschijnlijke diagnoses identificeert van een vooraf gedefinieerde lijst van vier mogelijke diagnoses. Het vooraf aanleveren van een aantal voorgedefinieerde diagnostische protocollen werd als nuttig ervaren.

Lessons learned (implicaties voor de praktijk)

Het veronderstelde positieve effect van preklinisch integratie van gespreksvaardigheden en klinisch redeneren in anamnese training naar de toekomstige klinische praktijk moet nog worden geëvalueerd.

Referenties

- 1 Keifenheim KE, Teufel MJ, Speiser N, et al. Teaching history taking to medical students: a systematic review. BMC Med Educ. 2015 Sep 28;15:159.
- 2 Windish DM, Price EG, Clever SL, Magaziner JL, Thomas PA. Teaching medical students the important connection between communication and clinical reasoning. J Gen Intern Med. 2005 Dec;20(12):1108-13

Trefwoord: Teaching & learning: Simulation, Learning outcomes: Clinical and practical skills, Teaching & learning: Clinical context

Wijze van presentatie: Praktijkpaper

Integratieopdracht en peer-assessment binnen het Radboudumc bachelorcurriculum Geneeskunde & Biomedische Wetenschappen

Kooij-Huck JHJ, Latijnhouwers MAHE
Radboudumc

Context/probleemstelling of aanleiding

Het Radboudumc biedt een opleidingstraject voor studenten Geneeskunde en Biomedische Wetenschappen. In september 2015 is er nieuw curriculum gestart, waarbij het bacheloronderwijs in verschillende leerlijnen is uitgesplitst, waaronder o.a. de leerlijn 'Mechanismen van Gezondheid en Ziekte' (MGZ), de leerlijn 'Context, Science and Innovation' (CSI) en de leerlijn 'Professionaliteit', waar ook patiëntcontacten onder vallen. Om het kennisniveau en de kennisontwikkeling van deze leerlijnen te bepalen worden afzonderlijke toetsen afgenomen. Tegelijkertijd is het curriculum gestoeld op zelfsturend, samenwerkend en context-gerelateerd leren.

Beschrijving van de interventie/innovatie

Om deze vorm van leren te stimuleren is een integratieopdracht 'homeostasis; a balancing act' ontwikkeld in het 3^e kwartaal van de propedeuse, waarbij de studenten biomedische kennis uit MGZ-modules, inzichten vanuit de patiëntcontacten en academische vaardigheden uit de CSI-modules integreren en inzetten om tot een Engelstalige presentatie over een homeostase-onderwerp te komen. Binnen dit innovatieve onderwijs brengen de studenten in groepen van 4 zelf een homeostase-onderwerp naar voren uit een patiëntcontact, bedenken een onderzoeksvraag en maken gebruik van een kritische literatuurstudie om deze onderzoeksvraag te beantwoorden. Er zijn formatieve tussentijdse toetsmomenten waarbij op basis van rubrics, feedback wordt gegeven gericht op de onderzoeksvraag en de kritische analyse van ingebrachte literatuur. Daarnaast is er een summatieve eindbeoordeling, waarbij de presentatie door docenten én studenten beoordeeld wordt aan de hand van een rubric. Deze peer- en docent-assessments zijn vervolgens kwalitatief geanalyseerd.

Ervaringen/analyse van de implementatie

Na enkele aanpassingen op basis van de eerste uitvoering in 2016, is in februari 2017 een goedlopende integratieopdracht van start gegaan. Uit zowel docent- als studentevaluaties komen positieve verhalen naar voren. De docenten met een brede achtergrond vanuit zowel kliniek als prekliniek fungeren als procesbegeleider, maar worden uitgedaagd hun kennis verder te verbreden en hun wetenschappelijk denken over te brengen aan de student. Zowel Geneeskunde als Biomedische Wetenschappen studenten kunnen hun kennis toepassen en oefenen tegelijkertijd de communicatie en samenwerken in een groep, hun academische vaardigheden en krijgen inzicht in de verbanden tussen de verschillende leerlijnen. Daarnaast wordt de beoordeling van het eindproduct middels peer-assessment zeer positief ervaren en laten de eerste analyses weinig discrepantie tussen de peer-assessment en docent-assessment zien.

Lessons learned (implicaties voor de praktijk)

Op basis van onze ervaringen concluderen wij dat deze onderwijsvorm, waarbij een integratieopdracht en een peer-assessment samenkomen, een zeer geschikte leeractiviteit binnen ons curriculum is en tevens goed toepasbaar is voor andere universitaire studies, zeker binnen de levenswetenschappen. Het brengt verschillende leerlijnen samen en zorgt voor meer betrokkenheid van studenten bij het onderwijs en de toetsing. Het past dan ook uitstekend binnen het zelfsturend leermodel dat het nieuwe curriculum van het Radboudumc voor ogen heeft.

Referenties

1 Berkel H. et al. Toetsen in het hoger onderwijs (2017)

Trefwoord: Assessment: Peer assignment, Curriculum: Integration, Learning outcomes: Teamwork

Wijze van presentatie: Praktijkpaper

Loon KA van¹, Stammen LA²

¹MUMC+, ²Universiteit Maastricht

Thema

Samenwerken met verschillende belanghebbenden kan spanningen en uitdagingen met zich meebrengen. Het is te vergelijken met een goed huwelijk; en ook dat is niet altijd eenvoudig. Inzicht in wensen, achtergronden en het in ogenschouw houden van elkaars belangen is een belangrijke basis. Binnen het onderwijs en binnen het medisch domein zijn vele verschillende vormen van samenwerking aanwezig. Er zijn gelijkwaardige en ongelijkwaardige samenwerkingen, en soms samenwerkingen met mensen met een totaal andere achtergrond. Denk bijvoorbeeld aan student-docent interacties, patiënt-arts interacties en samenwerkingen met collega's. Conflicten in samenwerking zijn vaak moeilijk te voorkomen en dienen ook een doel. Conflictsituaties kunnen nuttig zijn voor de persoonlijke ontwikkeling, de kwaliteit van samenwerken en het eindresultaat. Echter; conflicten kunnen ook vermeden worden of leiden tot een stagnering van het proces.

Volgens de theorie van Leary is het gedrag van mensen voorspelbaar en stuurbaar. Door middel van twee eenvoudige principes kan gedrag in kaart worden gebracht en kan men inzicht krijgen in mogelijkheden om de samenwerking in goede banen te leiden. Deze gedragspatronen zijn soms counter-intuïtief, waardoor inzicht en kennis in de theorie van Leary nuttig kan zijn om het eigen gedrag te sturen. De onderliggende principes van de theorie van Leary worden veelvuldig gebruikt binnen de huisartsenopleiding en de algemene onderwijskunde en zijn praktisch van aard.

Doel

In deze workshop zullen deelnemers een korte inleiding krijgen in een van de belangrijkste psychologische inzichten ten aanzien van gedragspatronen. Door middel van scenario-schetsen kunnen zij zelf ervaren wat hun intuïtieve reactie is; en wat de gevolgen van deze reacties zijn op de samenwerking. Wij hopen deelnemers inzicht en praktische handvaten te geven om gedragspatronen te doorbreken en gesprekken te sturen.

Doelgroep

Iedereen die wel eens samenwerkt en aanloopt tegen onderlinge communicatie.

Opzet: activiteiten en opbrengst

Na een korte theoretisch introductie waarin de psychologische achtergrond van de roos van Leary wordt toegelicht zullen deelnemers zelf kunnen ervaren hoe voorspelbaar gedrag is. Binnen kleine groepen (5-6 personen) wordt een casus gepresenteerd die bij deelnemers een intuïtieve reactie zal oproepen. Deze reactie wordt afgezet tegen alternatieve mogelijkheden om te reageren. Vervolgens zal door middel van oefening duidelijk worden hoe eigen gedrag ingezet kan worden om bepaald gedrag bij de gesprekspartner te sturen.

Referenties

1 Leary, T. (1957). <i>Interpersonal diagnosis of personality</i> . New York: Ronald.

Max aantal deelnemers: 20

Trefwoord: Learning outcomes: Communication skills, Learning outcomes: Teamwork

Wijze van presentatie: Workshop

Organisatiele barrières en mogelijkheden voor het voortzetten van Interprofessionele Educatie op de kraamafdeling

Figee MCWM

Onze Lieve Vrouwe Gasthuis

Context/probleemstelling of aanleiding

Interprofessionele educatie (IPE) is een innovatie in medisch onderwijs die beoogt zorgprofessionals samen te brengen tijdens de medische opleiding. In Nederland wordt IPE nauwelijks toegepast in de praktijk. Bovendien is de literatuur met betrekking tot het voortzetten van IPE in medisch onderwijs schaars.

Het doel van dit onderzoek is om perspectieven te bieden voor de organisatie van het voortzetten van IPE in Nederlandse ziekenhuizen. Dit wordt gefaciliteerd door organisatiele barrières en mogelijkheden voor het voortzetten van IPE op de kraamafdeling in een groot Nederlands opleidingsziekenhuis te identificeren.

Beschrijving van de interventie/innovatie

IPE is in 2016 geïmplementeerd op de kraamafdeling in een groot Nederlands opleidingsziekenhuis. Onder supervisie van artsen en tutoeren is een multidisciplinair team van studenten een week lang verantwoordelijk voor het behandelen van patiënten. Daarnaast vinden dagelijks twee onderwijsmomenten plaats onder leiding van tutoeren, waarin het behandelbeleid van de patiënten wordt besproken en waar dieper wordt ingegaan op de materie.

Ervaringen/analyse van de implementatie

In april en mei 2018 zullen 19 semigestructureerde interviews worden gehouden met artsen, verpleegkundigen, managers, beleidsmakers en secretarissen die betrokken zijn bij IPE op de kraamafdeling in een groot Nederlands opleidingsziekenhuis. De interview transcripten zullen inductief en deductief worden gecodeerd worden met behulp van MaxQDA.

Resultaten volgen in juni 2018.

Lessons learned (implicaties voor de praktijk)

Volgt in juni 2018.

Trefwoord: Curriculum: Inter-professional, Medical education: Undergraduate education, Education management: General

Wijze van presentatie: Poster

E20.2 / Lounge 2

Interprofessioneel samenwerken in de Nijmeegse Masterkliniek Tandheelkunde. Wat vinden studenten mondzorgkunde en tandheelkunde er van?

Kersbergen MJ¹, Leunissen RRM²

¹Hogeschool van Arnhem en Nijmegen, ²Radboudumc

Context/probleemstelling of aanleiding

In de Nederlandse mondzorg vermindert het aantal solopraktijken en wordt er steeds meer in groepspraktijken in interprofessioneel teamverband gewerkt.

Om hun studenten hierop voor te bereiden werken vanaf september 2017 studenten mondzorgkunde van de Hogeschool Arnhem en Nijmegen en de studenten tandheelkunde van het Radboud Universitair Medisch Centrum samen in interprofessionele Masterklinieken. Studenten van beide opleidingen dragen gezamenlijk, onder begeleiding van docenten, de zorg voor een eigen groep patiënten.

Voor goede interprofessionele samenwerking is erkenning van elkaars bevoegdheden en bekwaamheden essentieel.[1] Temeer omdat een aangekondigde wijziging in de wet BIG een meer zelfstandige positie zal toekennen aan de mondhygiënist.

In dit onderzoek werd onderzocht welk beroepsbeeld studenten in de Masterklinieken van elkaar hebben.

Beschrijving van de interventie/innovatie

Het onderzoek werd uitgevoerd middels een schriftelijke vragenlijst welke grotendeels gebaseerd was op de Readiness for InterProfessional Learning Scale (RIPLS) [2]. De vragenlijst werd uitgedeeld aan alle studenten in de Masterklinieken (205 studenten tandheelkunde, 90 studenten mondzorgkunde).

Ervaringen/analyse van de implementatie

De overall respons was 76% (n=223). Studenten mondzorgkunde retourneerden 29% (n=90) van de formulieren, studenten tandheelkunde 65% (n=205).

De resultaten laten zien dat studenten tandheelkunde de studenten mondzorgkunde vooral zien in een ondersteunende rol. Dit verschilt significant met de mening van studenten mondzorgkunde die voor zichzelf ook een regierol in de patiëntenzorg zien weggelegd.

Daarnaast achten studenten tandheelkunde zichzelf ook meer bekwaam dan studenten mondzorgkunde in de behandeling van primaire cariës. Studenten mondzorgkunde achten zichzelf daarentegen hierin even bekwaam als de tandheelkunde studenten.

Lessons learned (implicaties voor de praktijk)

Gezien de mogelijke wijziging van de wet BIG die vanaf 2020 de mondhygiënist een meer zelfstandige (regie)rol toekent en ook meer beslismogelijkheden toekent ten aanzien van de behandeling van primaire cariës, is het belangrijk om in het onderwijs in de interprofessionele Masterklinieken studenten hierop voor te bereiden om mogelijke problemen in de toekomstige tandheelkundige praktijk te voorkomen.

Referenties

1 Evans J., Henderson A., Johnson N. (2012) Interprofessional learning enhances knowledge of roles but is less able to shift attitudes: a case study from dental education. *European Journal of Dental Education*, 16(4), 239-245

2 Parsell G., Bligh J. (1999) The development of a questionnaire to assess the readiness of health care students for interprofessional learning (RIPLS). *Medical Education*, 33(2), 95-100.

Trefwoord: Curriculum: Inter-professional, Curriculum: Evaluation of curriculum, Students/Trainees: Characteristics

Wijze van presentatie: Poster

Structurele samenwerking tussen NSPOH, GGD en Academische Werkplaats versterkt academische scholing aios Maatschappij & Gezondheid

Hautvast JLA¹, Jacobi CE², Tostmann A¹, Boer J de²

¹Radboudumc, ²NSPOH

Context/probleemstelling of aanleiding

Alhoewel geneeskundestudenten tijdens hun opleiding in aanraking komen met de basisbeginselen van academisch denken en werken en het opzetten en uitvoeren van wetenschappelijk onderzoek, is dit niet voor iedere arts een vanzelfsprekende wijze van werken. In de medische vervolgopleiding is daarom actieve aandacht voor academisering noodzakelijk om inbedding en borging te realiseren. In de opleiding voor Arts Maatschappij & Gezondheid (M&G)¹ van de NSPOH wordt hier sinds 2008 aandacht aan besteed.

Beschrijving van de interventie/innovatie

Binnen de M&G opleiding worden aios vanaf de start opgeleid in het toepassen van evidence-based werken. Tevens moet elke aios een eigen wetenschappelijk onderzoek opzetten en uitvoeren, en dienen zij daarover een publicabel artikel te schrijven. Hierbij krijgen ze onderwijs over de onderzoeksmethoden en de benodigde onderzoeksstappen. Sinds het begin van deze opzet is de Academische Werkplaats Publieke Gezondheid 'AMPHI'² structureel betrokken bij de begeleiding van de onderzoeksstages van de aios M&G.

Ervaringen/analyse van de implementatie

Door de scholing en begeleiding van de NSPOH te combineren met begeleiding door AMPHI, worden de aios M&G structureel en continu begeleid bij hun wetenschappelijke onderzoek. Deze aanpak wordt als positief ervaren en laat voordelen zien. Omdat niet iedere praktijkopleider onderzoekservaring en –affiniteit heeft, blijkt het van waarde dat de opleider (van GGD en instellingen voor Jeugdgezondheidszorg) kan kiezen om de begeleiding van de onderzoeksstage bij de academische werkplaats neer te leggen. Doordat een ervaren onderzoeker van de academische werkplaats de onderzoeksstage mee begeleidt, wordt de kwaliteit van de begeleiding hoger evenals de leercurve van de aios en de kwaliteit van het onderzoek. Dat laatste is ook terug te zien in het feit dat deze begeleiding van de onderzoeksstages vaak tot gepubliceerde artikelen leidt. Van de 11 aios, die door AMPHI begeleid zijn en hun opleiding af hebben, hebben er 8 een Nederlands- of Engelstalig artikel gepubliceerd, en is er 1 gepromoveerd en zijn er 2 met hun promotie bezig.

Lessons learned (implicaties voor de praktijk)

Deze ervaringen hebben er onder andere toe geleid dat in het nieuwe opleidingsplan voor de aios M&G de onderzoeksstage in veel nauwere samenwerking met een UMC of een Academische Werkplaats Publieke Gezondheid uitgevoerd zal worden. Om de academisering bij aanvang van de opleiding dieper in te bedden, worden de aios direct vanaf de eerste opleidingsweek aangespoord meer na te denken over evidence-based handelen. Dit wordt geïnitieerd door in de startmodule de samenwerking én interactie van NSPOH en Academische Werkplaats Publieke Gezondheid 'AMPHI' een prominente plaats te geven.

Referenties

1 <https://www.nspoh.nl/opleidingen/opleiding-arts-maatschappij-gezondheid/>

2 J. Hautvast, A. Tostmann, J. van der Velden. Academische Werkplaats AMPHI stelt zich voor. Infectieziektenbulletin 2016; 27 (1): 16-20.

Trefwoord: Learning outcomes: Research, Medical education: Postgraduate education, Teachers/Trainers: General

Wijze van presentatie: Poster

E20.4 / Lounge 2

Interfacultaire uitwisseling van innovatieve leermiddelen binnen het vaardigheidsonderwijs UMCU-UM: we leren van elkaar!

Voncken HJM, Wouda M, Torres- van Grinsven V, Ven A van de, Slond F, Tekstra HL, Jongen-Hermus FJ
Universiteit Maastricht

Context/probleemstelling of aanleiding

Alle geneeskundefaculteiten hanteren het uniforme Raamplan Geneeskunde als leidraad voor hun curricula. De inrichting en vorm van het onderwijs kent interfacultair verschillen: Maastricht staat bekend om het, contextueel, constructivistisch, collaboratief zelfgestuurd (CCCs) Probleem Georiënteerd Onderwijs (PGO). Het curriculum in Utrecht omvat Entrustable Professional Activities (EPA's) en een technologisch onderwijs programma "Onbegrensd leren". De leermiddelen binnen het vaardigheidsonderwijs worden qua vorm (verplichtend of facultatief) en inhoud (de instructie van de precieze uitvoering van praktische vaardigheden) anders aangeboden. Het is zodoende de vraag of innovatieve leermiddelen interfacultair uitwisselbaar zijn en wat de ervaringen zijn van studenten en docenten, die beperkte ervaring hebben met het gebruik van e-modules.

Beschrijving van de interventie/innovatie

Binnen het UMCU zijn meerdere e-modules ontwikkeld en geïmplementeerd. Binnen de afdeling Klinisch Vaardigheidsonderwijs (KVO) krijgen studenten toegang tot de vaardigheidsles, indien de voorbereidende e-module verplicht is doorlopen. Onderzoek heeft laten zien dat introductie van e-modules tot betere resultaten van de vaardigheidstoets leidt (1). Het Skillslab van de UM exploreert de mogelijkheden tot de implementatie van aspecten van blended learning. Vanuit de samenwerking met het UMCU zijn vier bestaande e-modules als een pilot -facultatief- aangeboden binnen het vaardigheidsonderwijs van de UM. Eventuele verschillen in een vaardigheid, bv. een andere manier van het klaarmaken van een spuit, worden tevoren verduidelijkt.

Evaluatie vindt plaats d.m.v. studentenquêtes gericht op de e-module en op de aansluiting van de e-module op de vaardigheidstraining onder Maastrichtse geneeskundestudenten. Docentervaringen worden verdiept d.m.v. focusgroepbijeenkomsten.

Ervaringen/analyse van de implementatie

De eerste e-module (jaar 1 geneeskundestudenten, reanimatie kind) werd door 131 studenten (42,7% van gehele jaarcohort) volledig afgerond. Deze 131 studenten waren uiterst positief over de e-module: 89,2% van de 131 studenten beoordelen de e-module met een cijfer gelijk of hoger dan 7, waarbij de meerderheid van de studenten deze met een 8 of hoger (50,7%) waarderen.

De volgende factoren spreken de studenten zeer aan:

Overzichtelijkheid (4,32 Likert-schaal 1-5)

De stimulerende vorm van deze e-module: (4,08 Likert-schaal 1-5)

De e-module werd door 26,7% van de studenten gedeeltelijk en door 30,6% niet doorlopen, hetgeen verklaard werd vanuit IT-verbindingsproblemen.

De evaluaties van de andere drie modules en de resultaten van de focusgroepbijeenkomsten met docenten volgen nog.

Lessons learned (implicaties voor de praktijk)

- Innovatieve leermiddelen spreken studenten van verscheidene onderwijsvormen aan.
- Inhoudelijke verschillen t.a.v. keuzes van het uitvoeren van vaardigheden worden zichtbaar, maar belemmeren niet in het verstrekken van duidelijke informatie naar studenten.
- Interfacultaire uitwisseling en samenwerking wint terrein door focus op overeenkomsten.

Referenties

1 Kwant, K. J., Custers, E. J F M., Jongen-Hermus, F. J., Kluijtmans, M. Preparation by mandatory E-modules improves learning of practical skills: A quasi-experimental comparison of skill examination results. (2015), *BMC Medical Education*, volume 15 (1)

Trefwoord: Teaching & learning: e-learning/computers, Teaching & learning: Blended learning, Teaching & learning: Clinical skills centre

Wijze van presentatie: Poster

Gezamenlijk onderwijs moreel beraad voor coassistenten en verpleegkundigen in opleiding

Nijholt IM, Hasker AJ, Rijdt JP te, Ijzerman G, Brand PLP
Isala klinieken

Context/probleemstelling of aanleiding

In de huidige praktijk ontmoeten jonge artsen en verpleegkundigen elkaar voor de eerste keer aan de rand van het bed van een zieke patiënt waarbij er dan automatisch vanuit wordt gegaan dat de samenwerking vlekkeloos zal verlopen. Omdat samenwerking een belangrijke kerncompetentie is, besteden we hier in de Isala al aandacht aan tijdens de opleiding van beide beroepsgroepen door gezamenlijk moreel beraad onderwijs. Dit onderwijs werd voor de eerste keer georganiseerd in december 2014. Vanwege de positieve waardering is het een vast onderdeel van het curriculum geworden.

Beschrijving van de interventie/innovatie

Na een plenaire introductie door een geestelijk verzorger over moreel beraad in de dagelijkse praktijk worden de Zwolse coassistenten en verpleegkundigen in opleiding in groepen verdeeld die bestaan uit ongeveer 5 coassistenten en 5 verpleegkundigen in opleiding. Alle groepen bespreken na een kennismakingsronde dezelfde casus volgens het Utrechtse stappenplan onder leiding van een geschoolde gesprekleider moreel beraad. Na afloop wordt het onderwijs binnen de groep geëvalueerd.

Ervaringen/analyse van de implementatie

Door het multidisciplinair moreel beraad onderwijs krijgen de deelnemers meer oog voor de ethische problemen die de twee beroepsgroepen tegenkomen op de werkvloer. Het draagt daarmee bij aan een betere samenwerking tussen verschillende beroepsgroepen en resulteert in meer oog voor elkaars standpunten en belevingen.

Lessons learned (implicaties voor de praktijk)

Het succes van de bijeenkomst wordt voor een groot deel bepaald door de bekwaamheid van de gesprekleiders en de kwaliteit en bruikbaarheid van de gekozen casus. Het is belangrijk om te investeren in de bekwaamheidsbevordering van de gespreksleiders door terugkomdagen te organiseren waarop de gespreksleiders opgedane ervaringen met elkaar kunnen delen.

Het niveauverschil van de deelnemers (3e jaars MBO tot 5e jaars geneeskunde student) maakt het lastig om een casus te vinden waar alle deelnemers zich mee kunnen identificeren en om een plenaire introductie te houden die interessant is voor alle deelnemers. Het benadrukt het belang van het creëren van een veilige sfeer waarin iedereen zijn/haar mening durft te verkondigen.

Het succes van het gezamenlijke onderwijs met coassistenten en verpleegkundigen in opleiding heeft er inmiddels toe geleid dat er jaarlijks ook een gezamenlijke onderwijssessie over 'Visite lopen' georganiseerd wordt.

Trefwoord: Curriculum: Inter-professional, Learning outcomes: Professionalism / attitude / ethics

Wijze van presentatie: Poster

Correspondentieadres:

I.M. Nijholt
Isala klinieken
Isala Academie
Postbus 10400
8000 GK ZWOLLE
E-mail: i.m.nijholt@isala.nl

14.15-14.30 **WISSELPAUZE MET KOFFIE EN THEE**

14.30-16.00 **Plenair / Zuiderduinzaal**

14.30-14.45 **Uitreiking Prijs voor het Beste Proefschrift**

14.45-15.30 **Hoofdlezing**
Human Factors en Teampresteren

Dr. Marck H.T.M. Haerkens, chirurg-vlieger en directeur Wings of Care

Een team professionals maakt nog geen professioneel team...

Het vakgebied Human Factors (HF) en het daaruit voortkomende teamconcept Crew Resource Management (CRM) beogen zowel de prestaties als de veiligheid in hoogkritische werkomgevingen te optimaliseren.

HF bestudeert menselijk gedrag in relatie tot organisatie- en taakfactoren om professionele systemen te optimaliseren. HF wordt beschouwd als voorwaarde voor excellente prestatie, maar is tevens bekend als “root cause” (diepe oorzaak) van driekwart van de incidenten/calamiteiten in hoogkritische werkdomeinen zoals de lucht- en ruimtevaart.

Deze voordracht focust, vanuit zowel de operationele als opleidingscontext, op teampresteren van zorgprofessionals.

15.30-16.00 **Uitreiking BSL prijzen en afsluiting congres**

16.15 **VERTREK BUSSEN**