



NVMO Congres 2019

21 en 22 november
WTC
Rotterdam

Woord vooraf

Namens de congrescommissie heet ik u van harte welkom op het congres van de Nederlandse Vereniging voor Medisch Onderwijs (NVMO) op 21 en 22 november 2019 in het WTC in Rotterdam.

'Van diversiteit naar inclusie: samen naar optimale zorg voor iedereen!' is het centrale thema van het NVMO congres 2019. Diversiteit en inclusie is een thema voor iedereen, of , je nu (dieren- of tand)arts, opleider, docent, paramedicus, verpleegkundige, (medisch) onderwijskundige, onderzoeker, bestuurder, beleidsadviseur of student bent.

Onze samenleving vraagt om een diverse artsenpopulatie. Het gaat hierbij niet alleen om zichtbare diversiteit (geslacht, etniciteit, leeftijd) maar ook om onzichtbare diversiteit (kennis, benadering, aanpak). Een eerste uitdaging hierbij is het vergroten en behouden van de diversiteit in onze studenten- en artsenpopulatie. Meer diversiteit leidt echter niet vanzelf tot een inclusieve (leer) omgeving. Een (leer)omgeving waarin iedereen zich gewaardeerd en gerespecteerd voelt en toegang heeft tot dezelfde mogelijkheden. Dáár ligt dan ook een tweede grote uitdaging voor allen betrokken bij het medisch onderwijs. Tot slot is een derde uitdaging het toevoegen van een diversiteitsperspectief aan de medische curricula om zo kennis te verbeteren en daarmee de gezondheidszorg.

De onderwerpen van de hoofdlezingen zijn gekozen om de verschillende uitdagingen van het brede thema diversiteit en inclusie te belichten. Centraal in de lezingen staat de vraag hoe we in het medisch onderwijs om moeten gaan met diversiteit en hoe we komen tot inclusie.

Donderdagochtend starten we met een lezing van Belle Derks, hoogleraar Sociale en Organisatiepsychologie aan de Universiteit Utrecht. De centrale vraag voor haar lezing is "Wie is de arts?". Zij zal beschrijven hoe masculiene beroepsstereotypen en de competitieve organisatiecultuur de carrière van vrouwen in de medische sector beperken. Ook zal ze ons vertellen hoe we de organisatiecultuur meer divers kunnen maken en welke positieve effecten dat voor zowel vrouwen als mannen kan hebben.

Na de lunch op donderdag zal prof.dr. Filip Lievens van Singapore Management University vertellen hoe we kunnen balanceren tussen de doelen van validiteit en diversiteit door een modulaire benadering van selectie. Bij een modulaire benadering worden selectiemethoden opgedeeld in kleinere bouwstenen, zoals het presentatieformat. Deze bouwstenen worden vervolgens flexibel gecombineerd om nieuwe "hybride" selectiemethoden te ontwerpen. Deze modulaire benadering kan helpen om een balans te vinden tussen het nemen van valide selectiebeslissingen en het zorgen voor diversiteit onder de geselecteerden.

Op vrijdagochtend starten we met een lezing over het thema "Teaching for Social Justice: Privilege, Power and Voice". Als arts of als verantwoordelijke voor de opleiding voor artsen hebben we allemaal een zekere mate van privileges en macht. Met macht komt ook de verantwoordelijkheid. Hoe zorgen we ervoor dat we onze macht gebruiken en onze verantwoordelijkheid pakken terwijl we tegelijkertijd ruimte maken voor minder geprivilegieerde stemmen? Dr Ayelet Kuper van de University of Toronto, Canada zal ons uitdagen om hierover na te denken en ingaan op de consequenties voor het onderwijs.

Hoe maken we onze studenten meer streetwise? Al jaren verzorgt Marcel Slockers, huisarts en straatdokter in Rotterdam, gastcolleges bij het Erasmus MC waarbij het verhaal van de dakloze de basis is. Samen met een ervaringsdeskundige zal hij ons op de vrijdagmiddag laten zien dat inclusie alleen ontstaat als medisch studenten geprikkeld worden ook maatschappelijk betrokken dokters te worden.

Naast de plenaire lezingen zijn er sessies met (wetenschappelijke) papers, posters, workshops, rondetafelsessies en 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 lunches en natuurlijk het diner op raderstoomboot De Majesteit. Op de boot kan ook op een luchtige manier kennis worden gedeeld tijdens de tweede editie van de NVMO pubquiz. Na het afmeren van de boot kunt u nog het nachtleven van Rotterdam verkennen. We vertrouwen er op een afwisselend en inclusief programma te hebben gemaakt voor iedereen!

Namens de NVMO Congrescommissie,

Karen Stegers-Jager

Hoofdorganisator NVMO Congres 2019

Erasmus MC – Institute of Medical Education Research Rotterdam

Sponsors NVMO Congres



Sponsors
SL
CODIFIC/BVBA BOZA Solutions
DialogueTrainer
IAMSE
Koninklijke van Gorcum
Learning Valley B.V.
Parantion

DONDERDAG 21 NOVEMBER 2019

08.00-09.45 **ONTVANGST MET KOFFIE EN THEE**

09.45-10.15 **Plenair / Rotterdam Hall**

09.45-10.15 **Opening congres**

Prof.dr. Fedde Scheele, voorzitter NVMO
dr. Karen Stegers-Jager, hoofdorganisator NVMO congres 2019

10.15-11.00 **Hoofdlezing**
Wie is de arts? Hoe masculiene beroepsstereotypen en competitieve organisatiecultuur de carrière van vrouwen in de medisch sector beperkt
Belle Derks, Universiteit Utrecht

Hoewel het aandeel vrouwen in alle medische specialismes en op topposities in de medische sector is gestegen in het afgelopen decennium, blijft op veel posities en in veel specialismes het aandeel vrouwen achter bij het aandeel mannen. Vaak wordt de verklaring voor de verschillende loopbanen van mannen en vrouwen in de medische sector gezocht in de keuze van vrouwen om parttime te werken. In deze presentatie richt ik me op meer subtiele psychologische processen die vrouwen in de medische sector kunnen ontmoedigen carrièresucces na te streven. Ik presenteer onderzoek waaruit blijkt dat het beroep van medisch specialist en wetenschapper een zeer 'masculien' imago heeft, en sterker geassocieerd wordt met eigenschappen die we met mannen dan vrouwen associëren. Vervolgens leg ik uit hoe met name vrouwen een gebrek aan 'fit' met dit imago ervaren, hoe dit kan leiden tot lagere werkbevoegenheid en hogere werkstress met als gevolg dat vrouwen meer dan mannen geneigd zijn de medische sector te verlaten. Tenslotte bespreek ik hoe we de organisatiecultuur meer divers kunnen maken, en wat voor positieve effecten dit op zowel vrouwen als mannen in de medische sector kan hebben.

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

11.30-12.45 **Blok A**

Gaming, zombies, faking: wat is het en hoe kom je er van af?

A de la Croix¹, M.C. Mak-van der Vossen²

¹Amsterdam UMC loc. VUmc

Thema

Sinds enige decennia is binnen het medisch onderwijs aandacht gekomen voor zeer belangrijke Thema's als reflectie, communicatie, professioneel gedrag. De dokter van morgen is immers niet alleen vakinhoudelijk sterk en technisch vaardig, maar ook prettig in de omgang en continu in ontwikkeling. Vaak lukt het ons in het onderwijs om deze belangrijke Thema's evidence-based en betekenisvol vorm te geven. Uit onderzoek en literatuur blijkt echter dat het studenten soms aanzet tot wenselijk gedrag. Studenten vertonen dan gedrag zonder dat er écht van binnen iets verandert, dus zonder dat er geleerd wordt op de manier die wij als onderwijsvormgevers voor ogen hadden. In de literatuur spreekt men over dit verschijnsel als 'faking it', 'strategic behaviour', en zelf noemden we het in ons onderzoek 'zombie-gedrag' en 'gaming the system'. Het verschijnsel is dus al wel opgemerkt, maar een goede duiding of analyse ontbreekt nog, net als ideeën die helpen om dit gedrag te verminderen.

Doel

Wij zouden graag met vakgenoten de tijd nemen om dit fenomeen nader te bespreken, te brainstormen over mogelijke oorzaken en factoren van invloed, en om uiteindelijk een overzicht van mogelijke oplossingen te genereren. Het Doel is dus om samen proberen het gaming/faking/zombie-probleem verder te analyseren, om na te denken over mogelijke mechanismen die spelen bij dit gedrag. Deze exercitie biedt ons input voor verder onderzoek. Voor deelnemers is het een kans om ervaringen en inzichten te delen en met concrete tips de deur uit te gaan.

Doelgroep

Collega's met ervaring in het (medisch) onderwijs, die het *gaming*-verschijnsel herkennen en zin hebben om met collega's na te denken over oorzaken en oplossingen.

Opzet: activiteiten en opbrengst

5 min: kennismaking en opzet duidelijk maken

20 min: probleem en oorzaken verkennen d.v.m. een piramidediscussie (3 minuten individueel nadenken, 7 minuten in duo's bespreken, 10 minuten in viertallen)

10 min: plenaire bespreking waarbij opbrengst gerelateerd wordt aan de beschikbare literatuur

20 min: praktische oplossingen bedenken d.m.v een piramidediscussie

10 min: plenaire bespreking waarbij opbrengst gerelateerd wordt aan de beschikbare literatuur/bestaande theorie en bevindingen uit de eerste piramide-ronde

10 min: hoe nu verder & creatieve wrap up

Referenties

1 de la Croix, A., & Veen, M. (2018). The reflective zombie: Problematizing the conceptual framework of reflection in medical education. *Perspectives on Medical Education*. doi:10.1007/s40037-018-0479-9

2 Mak-van der Vossen, M. C., de la Croix, A., Teherani, A., van Mook, W. N. K. A., Croiset, G., & Kusurkar, R. A. (2018). Developing a two-dimensional model of unprofessional behaviour profiles in medical students. *Advances in Health Sciences Education*. doi:10.1007/s10459-018-9861-y

Max aantal deelnemers: Er is geen maximum aantal deelnemers.

Trefwoord: Learning outcomes: Professionalism / attitude / ethics, Research in medical education: All, Medical education: Trends

Wijze van presentatie: Workshop

Didactische principes ten grondslag aan het nieuwe Raamplan geneeskunde

A.D.C. Jaarsma¹, C. van der Vleuten², R. Laan³, M. van de Pol³

¹UMC Groningen, ²MUMC+, ³Radboudumc

Thema

Didactische principes ten grondslag aan het nieuwe Raamplan geneeskunde.

De Raamplancommissie heeft de opdracht om voorstellen te doen voor aanpassing van het Raamplan.

Traditie is dat het Raamplan zich alleen uitspreekt over de beoogde eindkwalificaties. De commissie heeft echter de ambitie om ook te beschrijven welke didactische principes bij de beoogde eindkwalificaties zouden passen. Het zou een handreiking moeten zijn aan de opleidingen bij het vertalen van het Raamplan naar concrete programma's.

Doel

Consensus ronde over de didactische principes die opgenomen kunnen worden in het nieuwe Raamplan geneeskunde

Doelgroep

Alle stakeholders van het nieuwe Raamplan geneeskunde

Opzet: activiteiten en opbrengst

Korte inleiding door het projectmanagement van de Raamplancommissie (Roland Laan/Marjolein van de Pol) – 5 min

Deelnemers in groepen (6-8 personen): exploratie/ophalen van mogelijke didactische principes a.h.v. 'een didactisch kaartspel' – 20 min

1ste Plenaire (interactieve) consolidatie ronde: selectie van de meest belangrijke principes – 10 min

Korte toelichting door Cees van der Vleuten en Debbie Jaarsma (leden Raamplancie projectgroep) op de eigen zoektocht naar didactische principes en matching met opbrengst deelnemers – 10 min

2de Plenaire (interactieve) consolidatie ronde: consensus over de verder uit te werken principes – 10 min

Deelnemers in groepen (6-8 personen): verdeling van 1 of 2 didactische principes per groep; schrijfofopdracht uitwerken principes – 15 min

Afsluiting en vooruitblik Raamplancommissie – 5 min

Max aantal deelnemers: 50

Trefwoord: Curriculum: General, Learning outcomes: General

Wijze van presentatie: Rondetafel sessie

A3.1 / Diamond room I

Patiëntenfeedback in de medische vervolgopleiding: het perspectief van zowel de patiënt als de AIOS

M. Nasori, L. Bank, F. Scheele
OLVG

Probleemstelling

Uitgangspunt van het huidige volksgezondheidsbeleid is patiëntgerichte zorg, die patiënten in staat stelt actief te participeren in de besluitvorming rondom hun zorgtraject. Hoewel patiënten steeds meer betrokken raken bij de gezondheidszorg, zien we hun actieve rol in beperkte mate terug in medische vervolgopleidingen.

Eerder onderzoek heeft aangetoond dat patiëntenfeedback effectief kan zijn om communicatieve vaardigheden van AIOS te verbeteren [1]. Echter, AIOS worden opgeleid binnen een framework dat veel meer competenties omvat [2]. Voor zover bekend zijn er nauwelijks studies die exploreren of andere onderwerpen van patiëntenfeedback mogelijk van toegevoegde waarde kunnen zijn binnen medische vervolgopleidingen. We onderzochten de volgende onderzoeksvraag: 'Wat zijn de belangrijke feedback onderwerpen waarover patiënten feedback willen geven en AIOS dit zouden willen ontvangen?'

Methode

Deze studie vond plaats tussen januari 2017 en mei 2017 in het OLVG te Amsterdam. Het patiënten perspectief werd verkregen d.m.v. semigestructureerde interviews afgenomen door de hoofdonderzoeker (MN) op verschillende poliklinieken. Het AIOS perspectief werd verkregen d.m.v. vragenlijsten die werden uitgereikt tijdens een ziekenhuisbreed onderwijsmoment voor AIOS.

De interviews werden geanonimiseerd en gecodeerd volgens de principes van thematische analyse (MN). Om de betrouwbaarheid van de resultaten te verhogen zijn 2 interviews door een tweede onderzoeker gecodeerd (LB). Eventuele verschillen in codering werden besproken totdat consensus werd bereikt. Datasaturatie werd bereikt na codering van 15 interviews. De antwoorden op de vragenlijsten werden eveneens open gecodeerd. De resultaten werden besproken met het gehele onderzoeksteam totdat consensus was bereikt over de overkoepelende feedbackonderwerpen. Alle codering heeft plaatsgevonden m.b.v. MaxQDA (version 2012).

Tevens werd gekeken op welk feedbackniveau de gevonden onderwerpen van toepassing zijn, te weten taakniveau, procesniveau, persoonlijk niveau of niveau van zelfregulatie.

Resultaten (en conclusie)

In totaal namen 20 patiënten vanuit 12 verschillende afdelingen en 15 AIOS vanuit 8 specialismen deel aan deze studie. Feedback onderwerpen genoemd door zowel patiënten als AIOS zijn: communicatieve vaardigheden en het overbrengen van medische inhoudelijke informatie. Hoewel patiënten organisatorische zaken zoals wachttijd en persoonlijke aspecten zoals representativiteit belangrijk vinden, willen AIOS hier geen feedback over ontvangen. Daarnaast willen AIOS feedback ontvangen over hun professionaliteit maar niet t.a.v. hun medische kennis. Patiënten noemden verder dat ze feedback willen geven over de mate waarin sprake is van shared decision making.

Patiënten zijn geneigd om feedback te geven op taakniveau, procesniveau en persoonlijk niveau. AIOS daarentegen wensen geen feedback te ontvangen op persoonlijk niveau. Onderwerpen passend binnen het niveau van zelfregulatie werden niet genoemd. Uit de resultaten wordt duidelijk dat patiënten feedback inhoudelijk breder kan worden ingezet en ook door AIOS wordt gezien als waardevol.

Discussie

In de medische vervolgopleidingen worden AIOS opgeleid volgens het CanMEDS framework. De onderwerpen waar patiënten feedback over willen geven, komen overeen met verschillende CanMEDS rollen. Zo is de arts-patiënt relatie onderdeel van de rol van communicator en heeft continuïteit van zorg raakvlakken met zowel de rol van samenwerkingspartner als organisator. Daarnaast komen de persoonlijke aspecten die door patiënten genoemd zijn overeen met de rol van professional. Deze studie laat zien dat zowel de patiënt als AIOS mogelijkheden zien om patiëntenfeedback in te zetten voor competentieontwikkeling van AIOS op andere onderwerpen dan enkel de rol van communicator. Om ervoor te zorgen dat patiënten effectieve feedback geven is het raadzaam om feedback op het persoonlijk niveau te vermijden

Referentie

- 1 M.T. Brinkman, W.B., Geraghty, S.R., Lanphear, B.P., Khoury, J.C., del Rey, J.A.G., DeWitt, T.G., & Britto, Effect of multisource feedback on resident communication skills and professionalism: a randomized controlled trial, *Arch. Pediatr. Adolesc. Med.* 161 (2007) 44–49.
- 2 J.R. Frank, L. Snell, J. Sherbino, Royal College of Physicians and Surgeons of Canada, CanMEDS 2015 physician competency framework, n.d.

Trefwoord: Medical education: Postgraduate education, * Research

Wijze van presentatie: Onderzoekspaper

A3.2 / Diamond room I

Autonomie tijdens coschappen: balanceren tussen leercurve en patiëntveiligheid

J.J.G. Salden

De Geneeskundestudent

Probleemstelling

De mate van autonomie tijdens geneeskunde opleidingen heeft invloed op de leeromgeving van studenten. Uit verschillende studies is gebleken dat meer autonomie voor studenten kan leiden tot betere prestaties, meer intrinsieke motivatie, verbeterde patiënt interacties en minder uitputting.^{1,2} Wij onderzochten of er binnen de masteropleiding geneeskunde ruimte is voor voldoende autonomie bij coassistenten.

Methode

In de landelijke enquête van De Geneeskundestudent werden 9 vragen opgenomen over de mate van autonomie tijdens coschappen. Middels deze 9 vragen onderzochten wij de mate van autonomie die coassistenten ervaren tijdens coschappen en het effect hiervan op de leercurve. In totaal werd de enquête door 1480 coassistenten volledig ingevuld.

Resultaten (en conclusie)

Uit dit onderzoek bleek dat minder dan een derde van de coassistenten voldoende autonomie ervaart tijdens coschappen (31,9%). Het gevoel van gebrek aan autonomie werd mede veroorzaakt doordat coassistenten te weinig ruimte krijgen de eigen dag in te delen (60,2%) en te weinig ruimte krijgen om leerdoelen te behalen (39,2%). Dit gebrek aan autonomie uitte zich onder coassistenten in minder zichzelf kunnen zijn (66,9%) en minder plezier tijdens coschappen (37,0%). Van de coassistenten gaf 54,1% aan vaak taken te moeten uitvoeren die niet bijdragen aan zijn of haar leercurve. Verder bleek het percentage niet leerzame taken per leerjaar significant ($p < 0,001$) toe te nemen. Tijdens het eerste jaar van de coschappen gaf 42,9% van de coassistenten aan vaak taken uit te moeten voeren die niet bijdragen aan de leercurve tegenover 62,6% in het laatste jaar van de coschappen

Discussie

Uit de resultaten kan worden geconcludeerd dat het gevoel van autonomie onder een groot deel van de coassistenten laag is. Opvallend hierbij is de trend waarbij het gevoel van autonomie en het aantal leerzame taken per leerjaar afneemt. Het is daarom van belang dat er wordt nagedacht over maatregelen in het huidige onderwijs die ervoor zorgen dat coassistenten meer verantwoordelijkheden krijgen tijdens coschappen, zonder dat hiervoor onverantwoorde risico's jegens patiëntenzorg worden genomen. Hierbij kan gedacht worden aan een grotere rol voor simulatie gebaseerd onderwijs. Simulaties stellen de docent in staat de omgeving te manipuleren zodat gewenste leerdoelen worden bereikt, terwijl de autonomie van studenten wordt vergroot. Anderzijds kan er worden geïnventariseerd hoe didactische vaardigheden van opleiders kunnen worden verbeterd, aangezien studenten vaak taken moeten uitvoeren die niet bijdragen aan hun leercurve.

Referenties

- 1 Kusurkar R, Croiset G. Autonomy support for autonomous motivation in medical education. Medical Education Online. 2015;20(1):27951.
- 2 ten Cate O, Kusurkar R, Williams G. How self-determination theory can assist our understanding of the teaching and learning processes in medical education. AMEE Guide No. 59. Medical Teacher. 2011;33(12):961-973.

Trefwoord: Medical education: Postgraduate education, Teaching & learning: Clinical context, Learning outcomes: Clinical and practical skills

Wijze van presentatie: Onderzoekspaper

A3.3 / Diamond room I

De rol van patiënten bij het evalueren van artsen - wat is het patiënten perspectief?

C. Sehlbach¹, M. Govearts¹, T. Teunissen², F. Smeenk³, G. Rohde⁴, E. Driessen¹

¹Universiteit Maastricht, ²VU Medisch Centrum, ³Catharina Ziekenhuis, ⁴Johannwolf Ganggoethe University Hospital

Probleemstelling

De vraag hoe patiëntevaluaties kunnen bijdragen aan het levenslang leren van artsen en het beoordelen van hun functioneren heeft weinig aandacht gekregen, ondanks de toenemende wens vanuit patiënten en de maatschappij om meer betrokken te worden bij evaluaties van de zorg. Literatuur laat zien dat de evaluatie van hoe artsen functioneren vollediger en transparanter wordt door patiënten feedback te includeren (1). Het geven van feedback is echter een complexe taak en wordt bepaald door overtuigingen, cognities en emoties, en om beter te begrijpen hoe patiënten feedback gebruikt kan worden, is het belangrijk het perspectief van de patiënt als op zijn rol als feedbackgever te kennen (2). Doel van dit onderzoek was daarom om te exploreren welke perspectieven patiënten hebben op hun mogelijke rol binnen het levenslang leren en de evaluatie van het functioneren van artsen?

Methode

In deze kwalitatieve studie hebben we semigestructureerde interviews bij 25 longkanker- of chronische longpatiënten afgenomen. Voor deze groep is gekozen omdat deze patiënten meestal een lange en intensieve arts-patiëntrelatie hebben. We hebben gevraagd of en hoe patiënten een rol voor zichzelf zien in het geven van feedback aan hun arts of het beoordelen van zijn/haar functioneren. Gegevens werden geanalyseerd volgens de principes van template analyse. Ons a priori coderingsraamwerk was ontwikkeld op basis van de literatuur over betrokkenheid van patiënten, feedback en beoordelen van functioneren. Het initiële template bevatte de volgende thema's: percepties van de arts-patiënt relatie en communicatie, machtsverhouding, de rol van feedback, patiënt bemachtiging en betrokkenheid, en patiëntidentiteit. Het initiële template werd door stapsgewijze analyse aangepast naar een uiteindelijke template met thema's zoals patiëntidentiteit en machtsdynamiek.

Resultaten (en conclusie)

Op basis van onze data hebben wij 3 dominante patiëntperspectieven geconstrueerd: het proactieve perspectief, het afwachtend perspectief en het perspectief van de buitenstaander. Elk perspectief wordt gekenmerkt door de ervaren machtsdynamiek binnen de arts-patiëntrelatie; en de mate waarin patiënten zich competent en bereid voelen om feedback te geven. Deze perspectieven bepaalden de rol die patiënten voor zichzelf zagen bij het evalueren van het functioneren van artsen. Resultaten laten tevens zien dat patiënten verschillende perspectieven kunnen aannemen, afhankelijk van de fase in het ziekteproces en andere factoren in de context van het arts-patiëntcontact. De constructie van 3 dominante perspectieven laat onverlet dat elke patiënt uniek is, met een eigen individuele voorkeur voor de rol die hij/zij wenst te spelen in het feedbackproces. Onze onderzoeksresultaten bevestigen het belang van het in kaart brengen van patiënten perspectieven als we patiënten willen betrekken bij het levenslang leren van artsen.

Discussie

Patiënten zien een rol voor zich weggelegd bij het geven van feedback aan hun artsen en daarmee het bijdragen aan hun levenslang leren en hun competentie-ontwikkeling. Desalniettemin voelen niet alle patiënten zich even geschikt of bereid om hierbij betrokken te worden. Om geïnteresseerde patiënten succesvol te betrekken, is het noodzakelijk dat er een veilige omgeving is waarin patiënten feedback kunnen en durven geven. Dit vereist aandacht voor de machtsbalans in de arts-patiëntrelatie en zorgvuldige patiëntenvoorlichting.

Referenties

- 1 Lalani M, Baines R, Bryce M, et al. Patient and public involvement in medical performance processes: A systematic review. *Health Expect.* 2018;0(0).
- 2 Regan de Bere S, Nunn S. Towards a pedagogy for patient and public involvement in medical education. *Med Educ.* 2016;50(1):79-92.

Trefwoord: Learning outcomes: Life-long learning, Assessment: Feedback, Medical education: CPD

Wijze van presentatie: Onderzoekspaper

A3.4 / Diamond room I

Better safe than sorry: het opleidingsklimaat en patiëntveiligheidsklimaat verklaren het patiëntveiligheidsgedrag van aios

M.E.W.M. Silkens¹, O.A. Arah², C. Wagner³, A.J.J.A. Scherpbier⁴, M.J. Heineman⁵, M.J.M.H. Lombarts⁵
¹Amsterdam UMC loc. AMC,,³Nivil,⁴Universiteit Maastricht,⁵Amsterdam UMC Loc. AMC

Probleemstelling

Aios leveren voortdurend patiëntenzorg tijdens hun opleiding. Het is daarom cruciaal dat aios leren om adequaat patiëntveiligheidsgedrag toe te passen om de veiligheid van hun patiënten te kunnen garanderen. Helaas laat onderzoek tot dusverre zien dat aios dit gedrag niet vaak genoeg vertonen, omdat zij zich niet competent voelen of omdat er onvoldoende kansen worden geboden om patiëntveiligheidsgedrag toe te passen tijdens de opleiding. In een zoektocht naar de oorzaak van dit probleem, hebben (inter)nationale organisaties zoals de KNMG gesteld dat het opleidingsklimaat en patiëntveiligheidsklimaat van de medische vervolgoopleidingen een belangrijke rol spelen bij het adequaat ontwikkelen van het patiëntveiligheidsgedrag van aios. Wetenschappelijk bewijs voor deze theorie is er tot dusverre niet. Deze studie onderzoekt daarom de volgende vraag: in welke mate kunnen het opleidingsklimaat en patiëntveiligheidsklimaat in de medische vervolgoopleidingen het patiëntveiligheidsgedrag van aios verklaren?

Methode

Voor dit onderzoek zijn aios uitgenodigd middels een online platform (Professional Performance Online) om de Dutch Residency Educational Climate Test (D-RECT)¹ in te vullen tussen september 2015 en oktober 2016. Aanvullend werd van de deelnemende opleidingen via de Safety Attitudes Questionnaire (SAQ)² informatie verzameld over hun patiëntveiligheidsklimaat. Met een zelfontwikkelde vragenlijst voor aios onderzochten wij ten slotte vier soorten patiëntveiligheidsgedrag: het naleven van veiligheidsprotocollen, participeren in verbeteringsinitiatieven, rapporteren van incidenten en aanspreken op veiligheidskwesties. Deze laatste vragenlijst is gebaseerd op wetenschappelijke literatuur en inbreng van een patiëntveiligheidsexpert en vervolgens gevalideerd voorafgaand aan de huidige studie. Wij onderzochten associaties in de data met generalized linear mixed models en multivariate general linear models.

Resultaten (en conclusie)

In totaal participeerden 1006 aios afkomstig van 143 opleidingen. Allereerst toonden de resultaten dat het patiëntveiligheidsklimaat van deze opleidingen samenhangt met het patiëntveiligheidsgedrag van aios ($b = 0.33$; 95%CI = 0.14 – 0.52). Specifiek impliceerden de resultaten dat opleidingen met een beter patiëntveiligheidsklimaat aios opleiden die vaker de geldende veiligheidsprotocollen naleven, vaker incidenten rapporteren en frequenter collega's aanspreken op veiligheidskwesties. Ten tweede werd duidelijk dat het opleidingsklimaat niet direct geassocieerd is met patiëntveiligheidsgedrag van aios ($b = 0.01$; 95%CI = -0.17 – 0.19). Wel was er een associatie met het patiëntveiligheidsklimaat ($b = 0.73$; 95%CI = 0.69 – 0.77), waardoor het opleidingsklimaat indirect wel het patiëntveiligheidsgedrag van aios lijkt te beïnvloeden.

Discussie

Terugkomend op de onderzoeksvraag van deze studie, impliceren de resultaten dat het patiëntveiligheidsklimaat van opleidingen hand in hand gaat met het patiëntveiligheidsgedrag van aios. Wij adviseren opleidingen dan ook om toe te werken naar een goed patiëntveiligheidsklimaat, bijvoorbeeld door het inzetten van positieve rolmodellen voor patiëntenzorg in de opleiding, het besteden van aandacht aan het belang van elkaar aanspreken op patiëntveiligheid en aios een mogelijkheid te bieden om te participeren in verbeteringsinitiatieven voor patiëntveiligheid. Daarnaast lijkt een goed opleidingsklimaat ondersteunend te zijn aan een goed patiëntveiligheidsklimaat en daarmee indirect bij te dragen aan adequaat patiëntveiligheidsgedrag van aios. Deze nieuwe kennis over het opleidingsklimaat verbreden daarmee het huidige inzicht over de invloed van dit klimaat op de veiligheid en kwaliteit van patiëntenzorg.

Referenties

- 1 Silkens ME, Smirnova A, Stalmeijer RE, et al. Revisiting the D-RECT tool: Validation of an instrument measuring residents' learning climate perceptions. *Med Teach.* 2016;38:476–481.
- 2 Sexton JB, Helmreich RL, Neilands TB, et al. The Safety Attitudes Questionnaire: Psychometric properties, benchmarking data, and emerging research. *BMC Health Serv Res.* 2006;6:44.

Trefwoord: Curriculum: Education environment, Learning outcomes: Patient safety / errors, Medical education: Postgraduate educatio

Wijze van presentatie: Onderzoekspaper

A4.1 / Diamond room II

Wat verwachten studenten geneeskunde van hun studiegroep, tutor, en opleiding? Een Q-methodologische studie naar leervoorkeuren

J.W. Grijpma¹, A. de la Croix¹, J.H. Kleinveld¹, M. Meeter², R.A. Kusurkar¹

¹Amsterdam UMC loc. VUmc, ²Vrije Universiteit Amsterdam

Probleemstelling

Geneeskundeopleidingen maken steeds meer gebruik van kleinschalige, studentgecentreerde, en innovatieve onderwijsvormen. Het doel hiervan is het optimaliseren van het leerproces van studenten. Deze onderwijsvernieuwingen hebben echter niet altijd het verwachte positieve effect voor alle studenten¹. Mogelijk kan een deel hiervan verklaard worden doordat het studentperspectief niet wordt meegenomen in de vernieuwingen: wat verwachten studenten van het onderwijs? De mate van overeenkomst tussen ervaren leeromgeving enerzijds en de voorkeuren en verwachtingen van studenten anderzijds, is bewezen gerelateerd aan uitkomsten als studiesucces, motivatie, uitval, en tevredenheid met de studie. Met een toenemend diverse studentpopulatie, kunnen de verwachtingen van studenten potentieel verder uiteen komen te liggen. Onderwijsprofessionals zouden alert moeten zijn op de aansluiting van het onderwijs bij deze voorkeuren van studenten. Voor deze studie onderzochten wij of studenten verschillen in leervoorkeuren en zo ja, hoe deze voorkeuren verschillen.

Methode

Q-methodologie is een mixed-method onderzoeksmethode om subjectiviteit systematisch te onderzoeken. De methode maakt gebruik van stellingen over een onderwerp die participanten rangschikken naar mate van overeenstemming. Over de rangschikkingen wordt een 'by-person' factoranalyse uitgevoerd, om profielen te identificeren van participanten die vergelijkbaar denken over het onderwerp. Q-studies hebben als doel het identificeren van profielen die bestaan in de populatie. Hiervoor zijn geen grote aantallen participanten nodig ('rule of thumb': maximaal zoveel participanten als stellingen)². Voor deze studie is een set van 54 stellingen ontwikkeld op basis van studentevaluaties, literatuur, en gesprekken met onderwijsstaf en studenten. De stellingen beschreven uitspraken over het leerproces van studenten, de studiegroep, de (vaste) tutor die de studiegroep begeleidt, en verwachtingen ten aanzien van de opleiding. Tijdens een interview werd deelnemers gevraagd om de stellingen te rangschikken, en daarna keuzes toe te lichten.

Analyse: De factoranalyse is uitgevoerd met behulp van Q-methodologisch softwareprogramma PQMethod 2.35. De uitkomsten zijn geëvalueerd, geïnterpreteerd, en beschreven door drie onderzoekers op basis van methodologische, statistische, en kwalitatieve criteria.

Resultaten (en conclusie)

Tweënvijftig studenten hebben deelgenomen (gemiddelde leeftijd 18,6; 79,9% vrouw). Een vierfactoroplossing (i.e. vier profielen) paste het best bij de data en verklaarde 52% van de variantie. De profielen die we vonden zijn: Ontwikkelingsgerichte studenten (N=15). Zij vinden het belangrijk om zichzelf breed te ontwikkelen tijdens hun studie. Zij leren graag van complexe casuïstiek waarmee ze zichzelf en studiegenoten kunnen uitdagen om de stof diepgaand te begrijpen en verbanden te leggen. Toetsgerichte studenten (N=8). Zij vinden het belangrijk om tentamens te halen. Daarom willen zij vooral kennis opdoen, en het liefst op een efficiënte manier. Groepsgerichte studenten (N=10). Zij vinden het sociale proces van studiegroepen belangrijk. Zij hechten aan een leerklimaat waarin iedereen kan zeggen wat ze willen en leren van discussies met studenten met andere perspectieven. Praktijkgerichte studenten (N=14). Zij vinden het belangrijk om zich voor te bereiden op de latere beroepsuitoefening. Zij zien de studie als een proeftuin om alle vaardigheden te leren die ze later als arts ook moeten bezitten.

Discussie

De vier profielen beschrijven unieke perspectieven van studenten op het leren van studiegroepen. De profielen worden gekenmerkt door verschillende visies op de rol van studenten zelf in het leerproces, evenals de rol van de groep en de tutor. Ook verschillen de profielen in wat ze van de opleiding verwachten. Tegelijkertijd zijn er aspecten van het leren die door alle studenten gewaardeerd worden: een veilige leeromgeving, feedback, en samenwerken. Met het identificeren van de profielen wordt het mogelijk om bij onderwijsontwerp en -uitvoering rekening te houden met deze verschillen.

Referenties

- 1 Onyura, B., et al. (2016). Evidence for curricular and instructional design approaches in undergraduate medical education: An umbrella review. *Medical Teacher*, 38(2): 150-161.
- 2 Watts, S., & Stenner, P. (2012). *Doing Q Methodological Research: Theory, Method and Interpretation*. Los Angeles, CA: Sage Publications.

Trefwoord: Curriculum: Education environment, Teaching & learning: All, Students/Trainees: All

Wijze van presentatie: Onderzoekspaper

A4.2 / Diamond room II

Mentors' beliefs about their roles in health care education: A qualitative study on mentors' personal interpretative framework

L.M. Loosveld¹, P.W.M. van Gerven¹, E. Vanassche², E.W. Driessen¹

¹Universiteit Maastricht, ²KU Leuven

Probleemstelling

Veel hoger onderwijsinstellingen ondersteunen hun mentoren met docentprofessionaliseringsinitiatieven gericht op het ontwikkelen van mentorvaardigheden. Individuele mentoren interpreteren hun rol op verschillende manieren, en dit klinkt ook door in hoe zij hun taakopvattingen in de praktijk brengen. Er is echter maar weinig bekend over deze individuele mentoring percepties. Tot op zekere hoogte worden deze beïnvloed door context waarbinnen bijvoorbeeld een mentor-mentee interactie plaatsvindt. Anderzijds bepalen de overtuigingen van hoe docenten zelf denken over hun taakopvatting en roluitvoering hoe ze betekenis geven aan hun mentoringpraktijk. Aangezien deze individuele verschillen dus invloed hebben op hun mentoringpraktijk en welke mentorvaardigheden mentoren daarbij nodig (denken te) hebben, kan het ondersteunen van mentorontwikkeling niet voorbijgaan aan het identificeren van en werken met deze individuele overtuigingen. Als we mentoren dus willen ondersteunen met initiatieven die verder gaan dan alleen het ontwikkelen van een standaard set vaardigheden, moeten we dus meer te weten komen over de bestaande overtuigingen van individuele mentoren.

Methode

Met behulp van semigestructureerde interviews hebben we de overtuigingen van 18 mentoren in kaart gebracht. We maakten hierbij gebruik van het 'personal interpretative framework' (Kelchtermans, 2009). Deze theoretische lens biedt zicht op het 'wat en hoe' van hoe docenten hun onderwijsrol zien. Het personal interpretative framework bestaat uit twee dimensies, met elk een aantal onderliggende componenten. De twee dimensies zijn: professioneel zelfverstaan (professional self-understanding) en de subjectieve onderwijstheorie (subjective educational theory). We hebben de interviews op een systematische manier geanalyseerd met een tweetrapsmethode: allereerst met de individuele mentor als uitgangspunt (within-case analysis) om biografische profielen per mentor op te stellen, en vervolgens, tijdens een zogenoemde cross-case analysis met alle mentoren gegroepeerd om verschillen, overeenkomsten en patronen te verkennen in de data.

Resultaten (en conclusie)

Op basis van onze analyses hebben we vier verschillende mentoring posities gereconstrueerd, bestaande uit de twee componenten van het personal interpretative framework:

- De "facilitator" (een dienstverlenende en responsieve mentor),
- De "coach" (ontwikkeling-ondersteunend en responsief),
- De "monitor" (signalerend en collaboratief),
- De "exemplar" (dienstverlenende of ontwikkeling-ondersteunend, en directief).

Deze posities geven inzicht in individuele mentor percepties en kunnen dienen als een onderlegger voor het ontwikkelen van (gepersonaliseerde) docentprofessionaliseringsinitiatieven. Bewustzijn van de eigen positie kan mentoren helpen meer te begrijpen van en grip te krijgen op waarom zij in bepaalde situaties bepaalde keuzes maken, en hoe dit van invloed is op het leren en ontwikkelen van hun mentee. Het kan mentoren ook helpen om persoonlijke ontwikkelpunten te identificeren, en daardoor mogelijkheden voor docent professionalisering aan de oppervlakte brengen.

Discussie

De vier posities moeten nadrukkelijk niet worden gezien als een normatief voorschrift van hoe mentoring er idealiter uitziet. Het doel van dit onderzoek was expliciet om inzicht te verschaffen in de diverse heersende manieren waarop mentoren denken over hun doelen en taakopvatting als mentor. Daarbij komt ook dat de posities niet gezien moeten worden als vastliggende persoonskenmerken, maar als overtuigingen die bestaan binnen een bepaalde context en daarom alleen geldig zijn binnen die bepaalde context, en dus veranderlijk over tijd en context.

Referenties

- 1 Kelchtermans G. Who I am in how I teach is the message: self-understanding, vulnerability and reflection. *Teachers and Teaching*. 2009; 15(2):257-272.
- 2 Vanassche, E., & Kelchtermans, G. (2014). Teacher educators' professionalism in practice: Positioning theory and personal interpretative framework. *Teaching and Teacher Education*, 44, 117-127.

Trefwoord: Teachers/Trainers: Faculty/Staff development, Teachers/Trainers: Roles of the teacher, Medical education: Undergraduate education

Wijze van presentatie: Onderzoekspaper

A4.3 / Diamond room II

De aanpassing van een hoger-onderwijs raamwerk van diepgewortelde opvattingen van academici over leren, doceren en kennis aan de medische onderwijscontext

M.W. Ottenhoff¹, A.W.M. Kramer¹, R.M. van der Rijst²

¹LUMC, ²Universiteit Leiden

Probleemstelling

Student-gecentreerd onderwijs wint steeds meer terrein in Geneeskunde opleidingen omdat het de manier van leren beïnvloedt en daarmee de leerprestaties vergroot. Dit vraagt van academische docenten dat hun opvattingen over onderwijs aansluiten bij deze student-gecentreerde onderwijsfilosofie. In docentprofessionaliseringsactiviteiten zal hier aandacht aan moeten worden besteed. Inzicht in opvattingen van docenten over leren, doceren en kennis is daarbij behulpzaam. In het hoger onderwijs zijn de onderwijskundige opvattingen van academici onderzocht en zijn voorstellen gedaan voor classificaties (o.a. 1), in de context van het medisch onderwijs is hier nog weinig over bekend. Deze studie toetst de bruikbaarheid van een raamwerk voor opvattingen ontwikkeld in het hoger onderwijs (2) voor de medische onderwijscontext. Het raamwerk bestaat uit een matrix waarin de opvattingen geordend zijn naar oriëntaties en dimensies. De zes oriëntaties (kolommen) variëren van docent- naar geleidelijk meer student-gecentreerd, de negen dimensies (rijen) vertegenwoordigen kwalitatief verschillende aspecten van opvattingen, zoals 'gewenste leeropbrengst', 'doel van docent-student interactie', 'motivatie van student'.

Omdat diverse studies relaties tussen onderwijskundige opvattingen en contextuele factoren beschrijven, relateren we de opvattingen ook aan medische faculteit en discipline, ter externe validering van het raamwerk.

Methode

Om het raamwerk te evalueren hielden we semi-gestructureerde interviews met 26 academici van twee medische faculteiten die recent waren overgegaan op een student-gecentreerd curriculum, Stanford University School of Medicine (SUSM), VS en het Leids Universitair Medisch Centrum (LUMC), Nederland. We exploreerden hun onderwijskundige opvattingen en vroegen expliciet naar praktijkvoorbeelden. Tevoren werd een vragenlijst over contextuele en persoonlijke kenmerken afgenomen. In de eerste kwalitatieve stap gebruikten we het oorspronkelijke raamwerk om de transcripten deductief te analyseren, maar stonden we ook open voor identificatie van nieuwe opvattingen. In de tweede stap analyseerden we kwantitatief of het aangepaste raamwerk verschillen in opvattingen van academici met verschillende contextuele karakteristieken, te weten medische faculteit en discipline kan vaststellen. We gebruikten hiervoor een independent samples T-test.

Resultaten (en conclusie)

We vonden dezelfde zes oriëntaties als die van het oorspronkelijke raamwerk, naar oplopende graad van student-gecentreerdheid (genummerd van I tot VI). Eén van de oorspronkelijke negen dimensies viel weg in onze analyse omdat alle participanten hier eenzelfde opvatting over hadden. We voegden één dimensie toe, 'creëren van een bevorderlijke leeromgeving'. Voor drie dimensies brachten we verfijningen aan door uitbreiding van het aantal opvattingen. Op deze manier werden de oriëntaties duidelijker afgebakend, omdat voor elke oriëntatie het unieke profiel van opvattingen binnen de negen dimensies meer onderscheidend kon worden beschreven.

Vergelijking van de overtuigingen toonde significante verschillen aan tussen de academici van de twee verschillende medische faculteiten ($p=0,012$) als ook tussen de academici die basis- respectievelijk klinische vakken doceerden ($p=0,024$).

Discussie

Het aangepaste en verfijnde raamwerk lijkt goed bruikbaar om de opvattingen van medisch academici over leren, doceren en kennis in kaart te brengen en is in vergelijking met andere classificaties binnen het medisch onderwijs het meest expliciet en uitgebreid. Het vermogen van het raamwerk om een onderscheid te maken tussen de academici van de twee medische faculteiten en tussen academici die basis- respectievelijk klinische vakken doceren, ondersteunt de externe validiteit ervan. In docentprofessionaliseringsprogramma's kan het raamwerk gebruikt worden om academici meer inzicht te geven in hun onderwijskundige opvattingen.

Referenties

- 1 Postareff, L., & Lindblom-Ylänne, S. (2008). Variation in teachers' descriptions of teaching: Broadening the understanding of teaching in higher education. *Learning and Instruction, 18*(2), 109-120.
- 2 Samuelowicz, K., & Bain, J. D. (2001). Revisiting academics' beliefs about teaching and learning. *Higher education, 41*(3), 299-325.

Trefwoord: Teaching & learning: General, Teachers/Trainers: Faculty/Staff development, Research in medical education: All

Wijze van presentatie: Onderzoekspaper

A4.4 / Diamond room II

Hoe Low-stake assessments de assessment identiteit van docenten beïnvloedt binnen programmatisch toetsen

S. Schut¹, S. Heeneman², B. Bierer², E.W. Driessen², J. van Tartwijk², C. van der Vleuten²

¹Universiteit Maastricht

Probleemstelling

Programmatisch toetsen omvat het doelbewust vormgeven van een holistisch toetsprogramma (1). Het model ambieert de leer- en beslisfunctie van toetsen zowel te verenigen als te optimaliseren. Elk beoordelingsmoment wordt een informatiepunt waarbij weinig op het spel staat, de zogenoemde *low-stake assessments* (LSA). Gezamenlijk worden deze datapunten gebruikt om *high-stake* voortgangsbeslissingen te maken. Onderzoek laat echter zien dat het voorgestelde continuüm van *stakes* in de praktijk niet herkend wordt. Wat op het spel staat voor de lerende is niet alleen de consequentie zoals deze door ontwerpers van het programma bedoeld is, maar blijkt meer een kwestie van controle, ervaring, veiligheid en relevantie te zijn (2). De docent speelt hierin een cruciale rol en heeft in potentie de kans om van deze LSA een leermoment te maken. Het werken met LSA levert een mogelijk conflict op voor de docent die moeten balanceren tussen de duale verantwoordelijkheid het leren te ondersteunen en te beoordelen. Tevens wordt het handelen van de docent beïnvloedt door hoe zij het doel en de functie van de toets begrijpen, hun eigen achtergrond en (toets)ervaring (3). Het is daarom belangrijk te begrijpen hoe docenten invulling geven aan dit relatief nieuwe concept.

Methode

Deze studie onderzoekt hoe docenten LSA conceptualiseren, hoe zij invulling aan deze toetsen geven en hoe dit de relatie met de student beïnvloedt. Hiertoe is gekozen voor een open, kwalitatieve studie. Er zijn twee best-practices van programmatisch toetsen geselecteerd, waarin docenten uit zowel de preklinische fase als de klinische fase in één-op-één interviews gevraagd zijn naar hun conceptualisering van en ervaring met LSA. De data zijn verzameld en geanalyseerd volgens een constructivist grounded theory approach; interviews (N=24) zijn getranscribeerd en gecodeerd in een proces van constante vergelijking en dataverzameling is middels theoretische sampling doorgegaan tot de vraagstelling beantwoord kon worden.

Resultaten (en conclusie)

Docenten conceptualiseren LSA duidelijk als toetsen met als belangrijkste doel het ondersteunen en stimuleren van het leren en de competentie ontwikkeling van de student. Als consequentie hiervan ervaren docenten een belangrijke verantwoordelijkheid in het mogelijk maken van het leren van toetsen door het creëren van een veilige leeromgeving. Verschillende programmafactoren beïnvloeden de ervaren *stakes*, zoals het type en het aantal assessments, de verbetermogelijkheden, het type consequenties en de gezamenlijke verantwoordelijkheid bij het maken van *high-stake* beslissingen. *Stakes* zijn er echter ook voor de docent, die de prestatie van de student als belangrijke indicator voor het eigen functioneren ervaart. Naast de ervaren *high-stake* verantwoordelijkheid over het onderwijs en de patiëntzorg, is er hierdoor een sterke behoefte aan controle aan de kant van de docent, hetgeen een spanning oplevert in de relatie met studenten en het doel studenten tot zelfregulerend leren en eigen verantwoordelijkheid te stimuleren. Dit wordt verder verklaard door ervaring, opvatting over toetsen en de achtergrond van de docent (MD – PhD).

Discussie

Het model van programmatisch toetsen ambieert, naast de beslisfunctie, de leerfunctie van toetsen te optimaliseren. Deze studie heeft verschillende factoren en mechanismen geïdentificeerd die invloed hebben op de interpretatie en het gebruik van LSA door docenten en draagt daarmee bij aan de verfijning van het model van programmatisch toetsen. De resultaten benadrukken de invloed van de docent op de leer- en toetsomgeving van de student en geven aanknopingspunten voor docentprofessionalisering en het ontwerpen van effectieve toetsprogramma's gericht op de leerfunctie van programmatisch toetsen.

Referenties

- 1 Van der Vleuten, et al. A model for programmatic assessment fit for purpose. *Med Teach.* 2012;34(3):205-14.
- 2 Schut S, et al. Stakes in the eye of the beholder: an international study of learners' perceptions within programmatic assessment. *Med Educ.* 2018.
- 3 Looney A, et al. Reconceptualising the role of teachers as assessors: teacher assessment identity. *Assessment in Education: Principles, Policy & Practice.* 2017:1-26

Trefwoord: Assesment, Teachers/Trainers: Roles of the teacher

Wijze van presentatie: Onderzoekspaper

Alles onder controle? Hoe kunnen we stageplekken actief betrekken bij kwaliteitszorg?

R.E. Stalmeijer¹, F. Vanmolkt², J.M.G. Reijnders², R.J.M.W. Rennenberg²

¹Universiteit Maastricht, ²MUMC+

Thema

Interne kwaliteitszorg is een van de pijlers van iedere onderwijsorganisatie en heeft tot **Doel** de kwaliteit van curriculum inhoud en organisatie doorlopend te evalueren en verbeteren. Dit multifactoriële proces kent diverse belanghebbenden met hun eigen verantwoordelijkheden. Een belangrijk curriculumonderdeel voor een toekomstige gezondheidszorgprofessional is ervaring opdoen op de toekomstige werkplek. Dit betekent dat de verantwoordelijkheid voor opleiding en begeleiding gedeeltelijk gedelegeerd wordt naar gezondheidszorginstellingen buiten de onderwijsinstelling.

Doel

Tijdens deze Ronde Tafel Sessie willen we ervaringen uitwisselen met collega stage-coördinatoren, onderwijskundigen en studenten over hoe stageplekken actief betrokken (kunnen) worden bij de kwaliteitszorg van hun stage, het onderwijs en de begeleiding welke ze daar aanbieden. Sinds anderhalf jaar zijn wij bezig met een experiment met als Doel lokale stage coördinatoren actiever te betrekken in het kwaliteitszorgproces om zo de kwaliteitszorgcyclus te versterken en de kwaliteit van de stages te verbeteren. Graag delen wij onze ervaringen en bevindingen en leren we van de ervaringen van anderen.

Doelgroep

Stage coördinatoren (zowel academisch als perifeer) van gezondheidszorgopleidingen in Nederland en Vlaanderen. Onderwijskundigen betrokken bij het kwaliteitszorgproces. Studenten uit de studentvertegenwoordiging die zich bezig houden met kwaliteitszorg.

Opzet: activiteiten en opbrengst

We starten de sessie met een kennismaking en inventariseren de leerdoelen van de aanwezigen (15min).

We geven een korte toelichting op het kwaliteitszorgproces van de coschappen zoals het momenteel georganiseerd is aan de Universiteit Maastricht (10min).

Vervolgens geven we een omschrijving van het experiment waarbij lokale coschap coördinatoren just-in-time toegang kregen tot de evaluatieresultaten van hun stages. We staan stil bij hun en onze ervaringen met deze aanpak (10min).

Vervolgens discussiëren we aan de hand van kenmerken van een goed systeem van kwaliteitszorg (systematisch, structureel en geïntegreerd) over de ervaringen van aanwezigen met hun eigen kwaliteitszorg systeem (30min).

We eindigen de sessie met een samenvatting van de gezamenlijk gegenereerde praktische tips voor kwaliteitszorg van stages (10min).

Referentie

1 Dolmans, D. H., Wolfhagen, H. A., & Scherpbier, A. J. (2003). From quality assurance to total quality management: how can quality assurance result in continuous improvement in health professions education?. *Education for Health (Abingdon, England)*, 16(2), 210-217.

Max aantal deelnemers: 20

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

Wijze van presentatie: Rondetafel sessie

Toetsen van interprofessioneel samenwerken in zorgonderwijs: wat, hoe en wie?

H.W.H. Smeets¹, J.A. Vos², S.P.J. Ramaekers³, A.F. Norbart⁴, N. Christoph²

¹Universiteit Maastricht, ²Amsterdam UMC loc. AMC, ³Hogeschool van Amsterdam, ⁴LUMC

Thema

Over de noodzaak van het interprofessioneel opleiden van toekomstige zorgprofessionals lijkt breed consensus te bestaan. Interprofessioneel opleiden vergt duidelijkheid over wat interprofessionele competenties zijn, identificatie van (authentieke) interprofessionele taken, en toetsinstrumentarium waarmee (ontwikkeling van) competentie kan worden beoordeeld. Echter, er is nog relatief weinig bekend over de toetsing van interprofessioneel onderwijs. De literatuur van dit moment is nog gericht op enkele belangrijke basisvragen, zoals: “welke taken zouden studenten moeten uitvoeren om interprofessionele competenties aan te tonen?”, “welke instrumenten moeten gebruikt worden om interprofessionele processen en producten te beoordelen?” en “hoeveel toetsing is nodig om valide besluiten te nemen over interprofessionele competenties van de student?”.

Doel

In deze rondetafelsessie zullen we ons focussen op de volgende aspecten van IP toetsing om kennis met elkaar te delen:

Wat wordt getoetst: competenties, taken, producten & processen?

Hoe wordt getoetst: toetsinstrumenten en werkwijzen?

Wie toetst: beoordelaars en hun karakteristieken?

Doelgroep

Docenten, onderwijsontwikkelaars, onderwijskundigen en andere professionals die zich in interprofessioneel onderwijs verdiepen.

Opzet: activiteiten en opbrengst

Deze rondetafelsessie is opgezet als een sessie van kennisdeling over toetsen van interprofessionele competenties, uitgaande van de veronderstelling dat we *de* antwoorden (nog) niet hebben. Participanten worden actief betrokken in kennisdeling over de verschillende aspecten van toetsen van interprofessioneel onderwijs (wat, wie en hoe?). Door herhaald switchen van groepen tijdens de sessie worden de verzamelde ervaringen en inzichten over alle onderwerpen steeds verbreed en verdiept. Aan het einde van de sessie zullen alle verzamelde ideeën worden gedeeld en aangevuld met hetgeen er vanuit de literatuur verder over bekend is.

De opbrengst van deze sessie is:

Kennis over het belang van toetsen van interprofessionele competenties

Kennis over de huidige stand van zaken rondom toetsen van interprofessionele competenties

Inzicht in de uitdagingen van toetsen van interprofessionele competenties

Inzicht in een eerste set aan eisen voor toetsen van interprofessionele competenties

Referenties

1 Havyer, R. D., Wingo, M. T., Comfere, N. I., Nelson, D. R., Halvorsen, A. J., McDonald, F. S., & Reed, D. A. (2013). Teamwork assessment in internal medicine: a systematic review of validity evidence and outcomes. *J Gen Intern Med*, 29(6), 894-910.

2 Hodges, B. D., & Lingard, L. (2013). *The Question of Competence: Reconsidering Medical Education in the Twenty-First Century*. New York, Ithaca: ILR Press.

3 Rogers, G. D., Thistlethwaite, J. E., Anderson, E. S., Dahlgren, M. A., Grymonpre, R. E., Moran, M., & Samarasekera, D. D. (2016). International consensus statement on the assessment of interprofessional learning outcomes. *Medical Teacher*, 39(4), 347-359.

Max aantal deelnemers: 30

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

Wijze van presentatie: Rondetafel sessie

C.M.P. Vos¹, O.P. Gobée², L.C.M. Hazes³, C.F. Pees², M. Pentinga⁴

¹Amsterdam UMC loc. VUmc, ²LUMC, ³Vrije Universiteit, ⁴UMC Groningen

Thema

Plaats je jouw collegeslides in de digitale leeromgeving voor jouw studenten of plaats je zelfs soms weblectures? Deel je wetenschappelijke artikelen of hoofdstukken uit boeken in de digitale leeromgeving? In dat geval zul je rekening willen houden met auteursrechtregels.

De uitgevers en HO-instellingen hebben in 2017 nieuwe afspraken gemaakt voor de Easy Access regeling, waardoor kosten voor het plaatsen van auteursrechtelijk beschermd materiaal van uitgevers enorm kunnen oplopen. Tenzij je slim gebruik maakt van alternatieven!

Deze workshop maakt je wegwijs in de jungle van auteurs- en beeldrechten. We wijzen je op de regels, de valkuilen en laten je oefenen met het herkennen van het type bronmateriaal en de bijbehorende kosten. Bovendien zorgen wij voor de juiste survivaltools waarmee je onnodige kosten voor je cursus kan vermijden. Ben je docent en wil je zonder vrees door de auteursrechtjungle navigeren? Zorg jij voor het behoud van een rijke digitale leeromgeving voor je studenten, maar wel tegen de kosten waar je opleidingsbudgethouder niet van schrikt? Bent jij wellicht dé pionier die met collega's in jouw vakgebied open leermateriaal ontsluit en verbetert? Doe dan mee met de workshop en bepaal je volgende stap!

Doel

- begrijpen en kunnen toepassen van de regels die gelden voor het overnemen van (delen van) auteursrechtelijk beschermde werken in de digitale leeromgeving
- krijgen van inzicht in de kosten die hieraan verbonden zijn
- verkennen van eenvoudige oplossingen om onnodige kosten te vermijden
- krijgen van inzicht in ontwikkelingen op het gebied van open leermaterialen
- toepassen van enkele zoekmethodes voor open leermaterialen
- enthousiasmeren over gebruik van open leermaterialen

Doelgroep

Docenten, opleidingsdirecteuren, ELO beheerders, beleidsmedewerkers

Opzet: activiteiten en opbrengst

Activiteiten:

- oefenen met correct labelen van studiematerialen qua type overname en kosten
- oefenen met zoeken naar open leermiddelen met eenvoudige methodes
- bediscussiëren wat voor jouw onderwijs manieren zijn om minder auteursrechtelijk beschermd materiaal te gebruiken

Opbrengst:

- kennis over auteursrechten inclusief kostenplaatje
- kennis van alternatieven voor betaalde overnames
- kennismaking met open leermaterialen
- inzicht in mogelijke stappen voor aanpassen eigen onderwijsmateriaal

Neem je laptop/tablet/smartphone mee

Referenties

1 <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/beleidsnota-s/2015/07/07/de-waarde-n-van-weten-strategische-agenda-hoger-onderwijs-en-onderzoek-2015-2025>

2 https://www.cedar.nl/uploads/3/files/file/Documenten%20PRO_PRN/VSNU_IPRO_PRO_signed_agreement_2017-2020_-_EN.pdf

Max aantal deelnemers: 50

Trefwoord: Teaching & learning: e-learning/computers, Curriculum: All, Education management: Cost/finance

Wijze van presentatie: Workshop

A8.1 / Penn room I

UMC Utrecht ‘het coschap in de wijk’

M. Jambroes
UMC Utrecht

Wijze van presentatie: Genomineerden NVMO Prijs beste Onderwijsinnovatie 2019

A8.2 / Penn room I

Innovatieproject uit jaar 1 van de Bachelors Geneeskunde en Biomedische wetenschappen

D. Drijkoningen
Radboudumc Health Academy

Wijze van presentatie: Genomineerden NVMO Prijs beste Onderwijsinnovatie 2019

A8.3 / Penn room I

Masterkliniek Tandheelkunde van het Radboud Universitair Medisch Centrum

R.R.M. Leunissen
Radboudumc

Wijze van presentatie: Genomineerden NVMO Prijs beste Onderwijsinnovatie 2019

P.L.P. Brand, H.J. van Unen
Isala

Thema

Klinisch redeneren is een van de kernvaardigheden waarin coassistenten en aios zich moeten bekwamen tijdens hun opleiding. Coassistenten en aios zien regelmatig zelfstandig patiënten op de poli of in de dienst, die ze daarna bespreken met hun supervisor. Onderzoek laat zien dat deze supervisie zich vooral richt op de patiëntenzorg en niet zozeer op het oefenen en beoordelen van het proces van klinisch redeneren. Dit heeft er mede mee te maken dat bij ervaren klinici het klinisch redeneren voor een groot deel onbewust en intuïtief gebeurt, waardoor het moeilijk over te brengen is op de coassistent of aios

Doel

In deze workshop oefenen we met een didactische techniek waarbij de twee **Doelen** van supervisie van een coassistent of een aios die zelfstandig een patiënt heeft gezien, namelijk patiëntenzorg en onderwijs in klinisch redeneren, geïntegreerd worden. Deze STAMPPOT methode is eenvoudig aan te leren en toe te passen.

Doelgroep

coassistenten, aios, klinici, opleiders en onderwijskundigen die geïnteresseerd zijn in methoden voor het aanleren en oefenen van klinisch redeneren.

Opzet: activiteiten en opbrengst

De workshop omvat verschillende activiteiten: interactieve inleiding, beoordelen van het docentgedrag in twee video's (een met gebruikelijke manier van supervisie, vooral gericht op patiëntenzorg; een waarin STAMPPOT-methode wordt gedemonstreerd), bespreken van principes van klinisch redeneren door ervaren klinici (met onderscheid tussen type 1 en type 2 denken), bespreken principes en uitvoering STAMPPOT-methode, het oefenen van de methode in drietallen (leerling, supervisor, observator), gevolgd door een bespreking van toepassingsmogelijkheden en beperkingen van de methode. Opbrengsten: deelnemers kennen de STAMPPOT-methode en kunnen deze toepassen in hun opleidingspraktijk.

Referenties

- 1 Brand PL, Boendermaker PM, Venekamp R, Snoek JW. Supervisie volgens de STAMPPOT-methode: efficiënter integratie van patiëntenzorg en onderwijs. NedTijdschrGeneeskd. 2011;155:A2702.
- 2 Seki M, Otaki J, Breugelmans R, Komoda T, Nagata-Kobayashi S, Akaishi Y, et al. How do case presentation teaching methods affect learning outcomes?--SNAPPS and the One-Minute preceptor. BMC medical education. 2016;16:12.

Max aantal deelnemers: 40

Trefwoord: Learning outcomes: Clinical and practical skills, Learning outcomes: Teaching skills, Teachers/Trainers: Faculty/Staff development

Wijze van presentatie: Workshop

A10.1 / JF Staal room

Het interprofessionele studententeam polyfarmacie. Een gerandomiseerde studie naar de klinische meerwaarde van een interprofessioneel studententeam bovenop de huidige zorg

M.O. Reumerman¹, T.O. van den Beukel¹, J. Tichelaar¹, R. Sultan¹, H.E.M. Daelmans², H. Springer³, T.H. Muller¹, M.C. Richir¹, M.A. van Agtmael¹

¹Amsterdam UMC loc. VUmc, ²VUmc School of Medical Sciences, ³Hogeschool Inholland Amsterdam

Context/probleemstelling of aanleiding

Het huidige zorgsysteem is in toenemende mate gespecialiseerd met specifieke verwijzingen en individuele poliklinische doelstellingen. Ondanks een holistische kijk van veel artsen heeft medicatie evaluatie vaak een ondergeschikte rol. Ons eerdere pilot-onderzoek naar een interprofessioneel studententeam polyfarmacie (ISP) toonde veelbelovende resultaten. Studenten werden hierin getraind een medicatiereview uit te voeren terwijl het ISP-team de druk op het gespecialiseerde zorgsysteem verlichtte en de medicatieveiligheid kon vergroten. Onze huidige studie is opgezet om de meerwaarde van het ISP-team bovenop de huidige zorg te evalueren, op het gebied van bijwerkingen, potentieel ongeschikte medicamenten (POMs) en potentieel vergeten medicamenten (PVMs).

Beschrijving van de interventie/innovatie

Het ISP is gestart met een gerandomiseerde gecontroleerde studie waarbij een variabel team bestaande uit geneeskunde-, verpleegkundig specialisten en farmaciestudenten wekelijks twee van de vier poliklinische patiënten op de geheugenpoli zien voor een medicatiereview. Na een medicatie-anamnese, medicatiereview en voorbespreking, worden de medicatie-adviezen door het ISP-team overgedragen tijdens het multidisciplinair overleg en ingevoerd in de digitale status. Van elk patiënten bezoek worden de medicatie-adviezen van de controlegroep (arts zonder ISP-team) en interventiegroep (arts met ISP-team) vergeleken met een gouden standaard (START-STOPP criteria). Een maand na het versturen van de correspondentiebrieven wordt een medicatielijst opgevraagd bij de lokale apotheek en wordt de medicatietevredenheid bij de patiënten gemeten.

Ervaringen/analyse van de implementatie

Tot op heden zijn 56 patiënten (31 controle, 25 interventie) geanalyseerd. Bijwerkingen werden vaker gerapporteerd door het ISP-team (36%) dan door controlegroep (19%). POMs en PVMs werden vaker beschreven in de correspondentiebrieven in de interventiegroep (POMs 50%, PVMs 79%) dan in de controlegroep (POMs 40%, PVMs 60%). In 14% en 36% van de casus veranderde de arts hun advies met betrekking tot POMs en PVMs na het advies van het ISP-team. Deze adviezen waren gerelateerd aan het stoppen van trombocytenuitremmers en bloeddrukverlagers en het starten van vitamines en cholesterolverlagers. Tijdens het poliklinisch bezoek werden 13% van de POMs en 83% van de PVMs direct veranderd. De overige adviezen werden beschreven in de correspondentiebrieven. Een maand na het versturen van de correspondentiebrieven waren 63% van de POMs en 92% van de PVMs alsnog aangepast.

Lessons learned (implicaties voor de praktijk)

Deze voorlopige resultaten laten zien dat de toevoeging van een ISP-team bovenop de huidige zorg een effectieve manier is om het aantal gevonden bijwerkingen te verhogen en het aantal POMs en PVMs in de poliklinische correspondentie brieven te verminderen. De meeste adviezen hebben de patiënt direct bereikt en kunnen daarbij toekomstige medicatie gerelateerde klachten verminderen. In de komende maanden gaan wij door met de inclusie van patiënten en verwachten wij de eerste follow-up data.

Trefwoord: Curriculum: Inter-professional, Learning outcomes: Patient safety / errors, Medical education: Undergraduate education

Wijze van presentatie: Praktijkpaper

A10.2 / JF Staal room

Junior-Adverse Drug Event Managers: de onderwijsinnovatie waar medische studenten leren over geneesmiddelenbijwerkingen en tegelijkertijd het aantal bijwerkingenmeldingen in een ziekenhuis verhogen

M.O. Reumerman, J. Tichelaar, M.C. Richir, M.A. van Agtmael
Amsterdam UMC loc. VUmc

Context/probleemstelling of aanleiding

Het spontaan melden van ernstige geneesmiddelenbijwerkingen is volgens de geneesmiddelenwet verplicht maar kent desondanks een enorme onderrapportage. De meeste interventies om dit probleem bij zorgprofessionals te verbeteren zijn mislukt vanwege de tijdsinvestering of de druk op het huidige zorgsysteem. In Denemarken is een adverse drug event manager (ADEM) team bestaande uit basisartsen opgezet om het zorgsysteem te ondersteunen bij het melden van bijwerkingen. Aangezien het screenen en melden van bijwerkingen erg leerzaam kan zijn voor geneeskundestudenten zijn wij gestart met het Junior-adverse drug event manager (J-ADEMs) team. Onze studie is opgezet om de haalbaarheid van een J-ADEM-team te evalueren en de klinische en onderwijskundige waarde van deze interventie te meten.

Het J-ADEM-team is opgezet als een prospectieve longitudinale interventie studie voor het detecteren en rapporteren van mogelijke bijwerkingen bij en tijdens ziekenhuisopname. Het J-ADEM-team, bestaande uit bachelor en master geneeskunde studenten, functioneert hierbij als een actieve ondersteunende dienst die de bijwerkingen in kaart brengt en afhandelt. Het J-ADEM-team kan worden bereikt via telefoon en e-mail, maar screent ook proactief verschillende afdelingen in het ziekenhuis. Wanneer een bijwerking is gedetecteerd bij screening of wordt aangemeld per telefoon/email, wordt een bijwerkingenanamnese gevoerd met de patiënt, wordt de bijwerking gemeld bij het Nederlands bijwerkingencentrum Lareb en wordt een notitie gemaakt in het elektronisch patiëntendossier. Na afloop van elke casus worden alle patiënten en betrokken (zaal)artsen gevraagd een korte vragenlijst in te vullen.

Van oktober 2018 tot maart 2019, werden 43 patiënten met 144 patiënten problemen geanalyseerd door het J-ADEM-team. De meeste patiënten (n=30) werden gevonden middels actieve screening en 13 patiënten werden aangemeld per telefoon/email. Van de 144 patiënten problemen werden 32 bijwerkingen gerapporteerd aan het bewerkingscentrum, waarvan 25 werden geclassificeerd als ernstige bijwerkingen. Vergeleken met eerdere jaren was dit een 250% toename in het aantal bijwerkingenmeldingen. De meeste meldingen hadden betrekking op elektrolytstoornissen (n=13) of hematologische aandoeningen/bloedingen (n=7) en waren veroorzaakt door diuretica (n=7) en acetylsalicylzuur (n=5). Patiënten (n=36) waren zeer tevreden over de professionaliteit van het J-ADEM-team 7.9 (1-10, min-max) en 87% van de patiënten vond het (zeer)relevant dat een melding van hun bijwerking werd gedaan. Alle betrokken (zaal)artsen vonden de bijwerkingen terecht, maar benoemde: onverschilligheid (n=15) en onwetendheid (n=13) als de voornaamste reden om zelf niet te melden. Het J-ADEM-team is een innovatieve zorginnovatie voor ziekenhuizen. Het verhoogt het aantal bijwerkingenmeldingen en heeft de mogelijkheid om het bewustzijn over ernstige bijwerkingen bij de huidige en toekomstige zorgverleners te verhogen. In de komende maanden gaan wij door met de inclusie en analyseren we de eerste resultaten over de kwaliteit van de gemelde bijwerkingen.

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

Wijze van presentatie: Praktijkpapier

De co-assistent aan de knoppen: Vaardigheidsonderwijs elektronisch voorschrijven

F. van Rosse, S. Wilkes, T. van Gelder, I.H. van der Sijs
Erasmus MC

Context/probleemstelling of aanleiding

Tijdens de studie geneeskunde *mogen* studenten geneeskunde niets elektronisch voorschrijven, en vanaf de dag na hun afstuderen *moeten* ze, zonder goede leerschool. De ontwikkeling van dit onderwijs past precies binnen de aanbevelingen van Europees onderzoek naar farmacotherapie-onderwijs. [1] Vaardigheidsonderwijs geneesmiddelen voorschrijven is sinds jaar en dag in het Rotterdamse curriculum aanwezig, maar dit realiseren in een *echt voorschrijfsysteem* was een lang gekoesterde wens. Immers, uit literatuur is alom bekend, dat hoe gelijkender de situatie op de echte praktijk, hoe groter het leereffect. Dit onderwijs leert studenten niet alleen het 'praktische kunstje' van het voorschrijven, maar focust ook op medicatiebewaking(ssignalen), leert studenten hoe en waarop er wordt bewaakt, en vooral ook waar niet op wordt bewaakt.

Beschrijving van de interventie/innovatie

Verplicht vaardigheidsonderwijs in het onderwijsblok voorafgaand aan het coschap neurologie/psychiatrie in een computerzaal, met voor elke student de mogelijkheid in te loggen in de HiX zandbak (een geanonimiseerde kopie van het elektronisch voorschrijfsysteem), alwaar 42 verschillende testpatiënten zijn gerealiseerd zodat elke student aan zijn/haar eigen patiënt kan werken. Het onderwijs start met een plenaire introductie over voorschrijfsystemen, medicatiebewaking en de vaak optredende "alert fatigue". Daarna werken de studenten aan casuïstiek, waarin onder andere medicatiebewakingssignalen voor allergieën, interacties, contra-indicaties en doseermeldingen voorkomen en veel voorkomende voorschrijffouten. Vervolgens vindt een terugkoppeling plaats waarin de verbinding wordt gelegd met onderwijs dat de studenten eerder hebben gehad (van vaardigheidsonderwijs medicatieveiligheid, geneesmiddelen bij kinderen, zwangerschap en geneesmiddelen tot aan farmacogenetica), en met onderwijs wat studenten in de toekomst nog gaan krijgen. (Werken in een huisarts EPD)

Ervaringen/analyse van de implementatie

Om dit project te kunnen realiseren zijn, naast de 3 auteurs van dit stuk 2 HiX projectleiders betrokken, een onderwijskundige met ICT- aandachtsgebied, en meerdere ICT medewerkers van het Erasmus MC. Zowel technisch als logistiek waren er vele uitdagingen, die gelukkig overwonnen zijn. De eerste evaluaties van studenten waren lovend. Liefst zouden studenten meer en vaker willen oefenen met deze belangrijke vaardigheid.

Lessons learned (implicaties voor de praktijk)

Dit onderwijs landt het beste als de groepen niet te groot zijn, en het plenaire stuk introductie zouden we het liefst in een korte e-module plaatsen zodat er 'in classroom' nóg meer ruimte is voor de studenten om zelf te oefenen in HiX. Ook staan er nog een aantal toekomstdromen op papier: toevoegen van (live) feedback van een apotheker(ssistent), de mogelijkheid tot oefenen tijdens de coschappen, alsook het toetsen van voorschrijfvaardigheid in HiX.

Referentie

1 Brinkman et al <https://ascpt.onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1002/cpt.962>

Trefwoord: Learning outcomes: Patient management / prescribing, Learning outcomes: Clinical and practical skills, Teaching & learning: Simulation

Wijze van presentatie: Praktijkpaper

G.J.M. Woerlee, J.K.G. Wietasch
UMC Groningen

Context/probleemstelling of aanleiding

Thoracale epiduralen zijn een van de meest technisch uitdagende handelingen in het anesthesiologisch arsenaal, waarbij dit frequent technisch faalt (14-39%) <https://paperpile.com/c/KZ6hrC/UF4H>. De slagingspercentage is in het begin van het leerproces laag en verbetert in relatie tot ervaring <https://paperpile.com/c/KZ6hrC/zXRh>. Trainen met fantomen kan dit leerproces faciliteren. Commerciële fantomen zijn duur, wisselend realistisch en moeilijk toegankelijk in het dagelijks praktijk. 3D printen is versatiel, goedkoop en wordt vaker toegepast in medisch onderwijs.

Beschrijving van de interventie/innovatie

Wij presenteren de ontwikkeling van een draagbare 3D geprinte thoracale epiduraal fantoom. 3 patiënten gaven toestemming voor gebruik van hun CT-beeldmateriaal. Deze werden in DICOM formaat verwerkt in 3D-Slicer tot 3D model en geoptimaliseerd in Meshmixer. Dit werd geprint middels een 3D printer. Bindweefsel werd gesimuleerd door immersie van het model in gelatine. De huid werd gesimuleerd middels tape.

Het model werd op de rug van een vrijwilliger gehangen. Een hard plastic plaat werd gebruikt ter bescherming van de rug van prikschade. Twee anesthesiologen in opleiding werden gevraagd een epiduraal te plaatsen bij de vrijwilliger volgens lokaal protocol. Bij uitvoerig gebruik werd de gelatine gesmolten en wederom hergebruikt. Het model werd geëvalueerd voor realisme en toepasbaarheid.

Ervaringen/analyse van de implementatie

Het model werd als zeer toepasbaar beschouwd. Vanwege het kleine formaat (13x20x7 cm) kon het overal in het ziekenhuis worden gebruikt en was het niet alleen bestemd voor een simulatiecentrum. Het was makkelijk op de rug te plaatsen en werd als veilig ervaren.

De omgeving was realistisch door het model te gebruiken op ons operatiecentrum. De interactie met de vrijwilliger en de noodzaak hem te positioneren werd als realistisch beschouwd. Het weefsel gevoel van gelatine en tape werd als minder realistisch bevonden omdat naaldpassage door verschillende lagen van de huid en bindweefsel niet goed voelbaar waren.

Lessons learned (implicaties voor de praktijk)

Dit 3D geprinte draagbare thoracale epiduraal trainer was goedkoop te maken. Het was goed toepasbaar voor immersive simulatie op de werkvloer. Het was realistisch wegens accurate anatomie en het feit dat de hele procedure geoefend kan worden. Doorontwikkeling van de materialen gebruikt voor de weke delen is nodig. Onderzoek naar gebruik van dit model bij het trainen van novices zal volgen.

Referenties

- 1 Heinink, T.P., Baker, B.G., Yates, V.F., Addison, D.C. & Williams, J.P. The effect of anaesthetist grade and frequency of insertion on epidural failure: a service evaluation in a United Kingdom teaching hospital. *BMC Anesthesiol.* **15**, 5 (2015).
- 2 Drake, E.J., Coghill, J. & Sneyd, J.R. Defining competence in obstetric epidural anaesthesia for inexperienced trainees. *Br. J. Anaesth.* **114**, 951–957 (2015).

Trefwoord: Teaching & learning: Simulation, Teaching & learning: Clinical skills centre, Learning outcomes: Clinical and practical skills

Wijze van presentatie: Praktijkpapier

G.C.M. Claessen, P. van Gulp, B. Verhoeven
Radboudumc

Context/probleemstelling of aanleiding

Aios worden getraind in discipline gebonden onderwerpen in combinatie met discipline overstijgende topics, zoals communicatie, samenwerking en leiderschapsskills. Een multidisciplinaire aanpak is zeer nuttig voor trainingsvaardigheden die nodig zijn om patiëntenzorg, innovatie te verbeteren en om bewustzijn van patiëntveiligheid en patiëntenparticipatie te creëren.

aios, patiënten, medisch specialisten en onderwijskundigen ontwierpen Topclasses:

Opleidingsprogramma's om tegemoet te komen aan de wensen aios om zich verder te verdiepen en te profileren op generieke, discipline overstijgende thema's. Een Topclass Kwaliteit en Veiligheid heeft tweemaal plaatsgevonden (in totaal 22 aios), een Topclass Medisch Onderwijs vindt plaats tot september 2019 (14 aios).

Sinds 2016 heeft de opleidingsregio OOR ON geïnvesteerd in leerlijnen voor deze profiel-invulling, waarbij naast cursorisch onderwijs, e-learning ook coaching en werkplekleren centraal staat.

Beschrijving van de interventie/innovatie

2 opleidingsprogramma's gericht op het profiel Onderwijs en het profiel Kwaliteit en Veiligheid. Bij beide Topclasses staat daarnaast innovatie en leiderschap centraal. De profielen Onderzoek en Leiderschap worden op andere manieren ingevuld. De Topclasses duren circa een half jaar en zijn opgebouwd uit meerdaagse contactmodules. Een eigen project op het vlak van kwaliteit, veiligheid, innovatie of op medisch onderwijs vormt de rode draad van de Topclasses. Uiteindelijk presenteren de aios de resultaten richting beoordelaars en opdrachtgevers.

Ervaringen/analyse van de implementatie

90% van de deelgenomen aios hebben tijdens de duur van de Topclass Kwaliteit en Veiligheid een project geïnitieerd en af kunnen ronden. Deelnemers zijn erg tevreden over de Topclasses en de verhouding contacttijd, werkplekleren, e-learning en coaching. Voor sommige aios vormt de Topclass een springplank richting een eigen bedrijf, een verdere verdieping dmv opleiding (bv Master Kwaliteit en veiligheid) of CV-building als jonge medisch specialist.

Lessons learned (implicaties voor de praktijk)

Een Topclass is een mooi middel om invulling te geven aan generieke profielen tijdens de medische vervolgopleiding.

Het is voor aios moeilijk om naast de patiëntenzorg, de privé-situatie, de eigenlijke opleiding, ook nog inspanningen te verrichten voor een Topclass.

Aios die deelnemen aan een Topclass nemen de kans om zich te onderscheiden door leiderschap te tonen en initiatief te nemen.

Door aios te laten coachen door buddy's (patiëntvertegenwoordigers) ligt de nadruk steeds meer op de waarde van de patiënt.

Het is voor opdrachtgevers vaak lastig om de meerwaarde van deelname aan een Topclass voor de eigen afdeling te zien.

Referentie

1 www.radboudumc.nl/topclass

Trefwoord: Curriculum: Student-centred, Medical education: Postgraduate education, Teaching & learning: Blended learning

Wijze van presentatie: Praktijkpapier

A11.2 / Blue room

De ontwikkeling en integratie van een Clinical Teaching Unit op een verpleegafdeling Interne Geneeskunde

E.C. Hamoen, F.M. van Blankenstein, A. Ray, P.G.M. de Jong, M.E.J. Reinders
LUMC

Context/probleemstelling of aanleiding

Werkplekieren in de kliniek vindt plaats in een dynamische en uitdagende leeromgeving die primair bedoeld is voor patiëntenzorg. Het leren is vaak suboptimaal door allerlei factoren waaronder tijdsdruk, onvoldoende ondersteuning en ingewikkelde ziektebeelden. Stimulatie van intrinsieke motivatie, interprofessionele/multidisciplinaire samenwerking en optimalisatie van leercondities kunnen positief bijdragen aan het leerproces. Om dit te bereiken is een Clinical Teaching Unit (CTU) opgericht: een interprofessionele verpleegafdeling die primair in het teken staat van onderwijs en opleiding.

Beschrijving van de interventie/innovatie

Voor de CTU zijn de volgende nieuwe leeractiviteiten ontwikkeld: bi directioneel interprofessioneel leren door onder andere klinische lessen voor verpleegkundige en vaardigheidstraining voor artsen, een wekelijkse multidisciplinaire grote visite, een coassistentenvisite en structurele bedside teaching. Deze activiteiten bevorderen niet alleen de interprofessionele samenwerking, maar zijn tevens gericht op het bevorderen van autonomie, sociale cohesie en competenties wat volgens de principes van de Self-Determination Theory de intrinsieke motivatie stimuleert. Belangrijke instrumenten bij de onderwijsmomenten zijn: geobserveerde toetsing, peer-feedback en proactieve deelname met veel keuzevrijheid. Om de leeractiviteiten optimaal te laten verlopen zijn leercondities verbeterd; er zijn onder andere 'clinical teachers' aangesteld, de diversiteit van patiëntenproblematiek is vergroot door integratie van meerdere deelspecialismen op de afdeling en er is structureel tijd ingepland voor de leeractiviteiten. De impact van interventies is geëvalueerd middels een enquête (bestaande uit open en multiple choice vragen), waar gevraagd werd naar waargenomen veranderingen en motivatie om te leren.

Ervaringen/analyse van de implementatie

70 Respondenten hebben de enquête ingevuld waaronder verpleegkundigen (n=32), arts-assistenten (n=10), coassistenten (n=8), leerling-verpleegkundigen (n=8), klinisch supervisors (n=6) en management (n=6). Een kwalitatieve analyse toonde aan dat de deelnemers verbetering opmerkten op het gebied van (interprofessionele) samenwerking, afdelingscultuur en -klimaat en de kwaliteit van zorg en opleiding. De ontwikkelde leeractiviteiten, het enthousiasme van de clinical teachers en betere leercondities droegen hieraan bij. Analyse van multiple choice vragen liet zien dat de deelnemers de samenwerking, kennisontwikkeling van het team en individu, onderlinge communicatie, patiëntenzorg, collegiale sfeer en kwaliteit van de afdeling als gelijk of beter ervaren dan vóór de introductie van de CTU.

Lessons learned (implicaties voor de praktijk)

Dit onderzoek toont aan dat het mogelijk is een CTU te implementeren op een verpleegafdeling Interne Geneeskunde door het integreren van leeractiviteiten in de dagelijkse praktijk. Door theoretische principes te gebruiken kunnen uitdagingen in de praktijk gericht worden aangepakt die niet alleen het leren zelf lijken te verbeteren, maar ook de interprofessionele samenwerking en afdelingscultuur.

Referentie

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.

Trefwoord: Teaching & learning: Clinical context

Wijze van presentatie: Praktijkpaper

A11.3 / Blue room

Van aios tot medisch specialist; hoe Noordwest Ziekenhuisgroep aios voorbereidt op organisatorische taken in de aios+ groep

A.J. Prins, E. van Soelen, F.J. Jonkers, M.M. Bouma
Noordwest Ziekenhuisgroep

Context/probleemstelling of aanleiding

Uit onderzoek is gebleken dat jonge klare medisch specialisten zich met name niet voorbereid voelen op alle organisatorische taken die zij krijgen zodra zij als medisch specialist aan de slag gaan^{#_ftn1}. Om a(n)ios hier beter op voor te bereiden heeft Noordwest Ziekenhuisgroep de aios+ managementklas opgericht. Aios krijgen middels deze klas de mogelijkheid zich te ontwikkelen en verdiepen in de managementrol van de specialist door het uitdiepen van actuele thema's.

Beschrijving van de interventie/innovatie

Vanaf eind 2016 komt acht keer per jaar, onder begeleiding van de voorzitter stafbestuur en een lid raad van bestuur, een groep aios bijeen. Dit gebeurt in eigen tijd van de aios. Als voorbereiding op de aios+ groep doen de aios de basiscursus ziekenhuismanagement.

Relevante organisatorische en medisch inhoudelijke casuïstiek wordt besproken waarvoor expertise uit de eigen organisatie wordt ingezet. Onderwerpen kunnen zijn: keuzeproces aanschaf EPD, nieuwbouw ziekenhuis, onderhandelingen met de zorgverzekeraar. Aios bereiden zich op de bijeenkomsten voor door het lezen van relevante artikelen. Deelnemers zijn aios met ambitie en talent op het gebied van management en worden geselecteerd door de opleider of kunnen zelf de opleider verzoeken hem of haar te selecteren.

De aios ontwikkelen een visie op (de toekomst van) ziekenhuisorganisaties en leren een gefundeerd oordeel vormen over de rol en positie van de medisch specialist binnen de inrichting van de ziekenhuisorganisatie. Daarnaast krijgen de aios kennis van ziekenhuisfinanciering en de relatie van het ziekenhuis met de verzekeraars. Ook leren zij de verantwoordelijkheden omtrent kwaliteits- en veiligheidsbeleid in de ziekenhuisorganisatie kennen.

Ervaringen/analyse van de implementatie

De aios+ groep bestaat uit gemiddeld twintig aios. Per bijeenkomst zijn ongeveer twaalf aios aanwezig. Zij zijn erg enthousiast over de mogelijkheid om zich te verdiepen in het ziekenhuismanagement. De ervaring leert dat de aios in deze kleine setting veel vragen stellen en dat er goede discussies ontstaan. Aios geven aan meer inzicht te krijgen in wat een bestuur van een ziekenhuis doet, hoe niet-medische zaken in een ziekenhuis geregeld worden en wat de visie is van vakgroepen op bepaalde managementzaken. Niet alleen de aios zijn enthousiast, de stafvoorzitter en leden raad van bestuur leren op hun beurt weer van de inbreng van de aios.

Lessons learned (implicaties voor de praktijk)

Deze manier van onderwijs slaat goed aan bij de doelgroep. De aanwezigheid van aios is een aandachtspunt. Daarnaast vraagt deelname aan en de organisatie van de bijeenkomsten een flinke tijdsinvestering van zowel aios als diverse medewerkers.

Referentie

1 Mind the gap, the transition to hospital consultant, Michiel Westerman

Trefwoord: Learning outcomes: Leadership skills, Learning outcomes: Professionalism / attitude / ethics

Wijze van presentatie: Praktijkpaper

H.M. Staal¹, I.C. Heyligers², R.P.A. Janssen³

¹MUMC+, ²Zuyderland MC, ³Maxima Medisch Centrum

Context/probleemstelling of aanleiding

Ontwikkelingen in de zorg vragen om aanpassing van de vervolgopleiding. Zorg aanbieden gebeurt vaker in regionaal verband en de zorg verandert (differentiatie, subspecialisatie). Wat betekent dat voor de opleiding, hoe leid je specialisten op die leiding kunnen geven aan die veranderingen? AIOS willen een individueel opleidingstraject. De overheid wil verkorting van de opleidingsduur en een doelmatige opleiding. Kortom: "Opleiden kan beter en efficiënter"

Beschrijving van de interventie/innovatie

We beschrijven het proces en de uitkomsten van regionalisering. Om draagvlak te creëren en om onszelf ruimte te geven om tot oplossingen te komen buiten de oude kaders, zijn we niet begonnen met de vraag 'Hoe gaan we dat doen?' maar met de vraag: 'Waarom leiden we op?' Gestart werd met workshops op neutraal terrein met alle opleiders en uit elke kliniek een AIOS, met hulp van een onderwijskundige. We lieten ons inspireren door 'Why' van S. Sinek applewebdata://D7606CFE-53D1-4076-BFF4-0F41542B01FC#_edn1 en door de visie op onderwijs van K. Robinson 'Changing the paradigm' applewebdata://D7606CFE-53D1-4076-BFF4-0F41542B01FC#_edn2. In de volgende workshop gaven de opleiders presentaties over waarom zij wilden opleiden. De AIOSsen gaven presentaties over hun doelen. Zo ontstond een gezamenlijke verdieping. applewebdata://D7606CFE-53D1-4076-BFF4-0F41542B01FC#_ednref1

Ervaringen/analyse van de implementatie

De presentaties en de discussie waren van hoog niveau, mede doordat we een gemeenschappelijke taal hadden ontwikkeld. De AIOSsen wilden goed zijn voorbereid op de werkzaamheden na de opleiding. Ze wilden een individuele en compacte opleiding in een veilige sfeer met aandacht voor alle CanMed-competenties, theorie en praktijk die goed op elkaar aansluiten, duur afhankelijk van de kwaliteiten en ervaring van de AIOS, duidelijke eindtermen en de mogelijkheden om onderscheidend te zijn. AIOSsen vroegen nadrukkelijk om gestructureerd en goed getimed orthopedisch onderwijs.

Lessons learned (implicaties voor de praktijk)

Een van de onderdelen van regionalisering is onderwijs. Regionalisering van onderwijs betekent dat het onderwijs wordt aangeboden aan alle AIOSsen uit de regio via een vooraf opgezet onderwijsplan. Inhoudelijk wordt hiervoor gebruik gemaakt van de expertise van alle klinieken in de opleidingsregio. Het onderwijsplan is samengesteld door de AIOSsen en opleiders. Door het aanbieden van een vaste structuur worden kennishiaten verminderd en neemt het aantal doublures af, tegelijkertijd versterkt het onderwijsprogramma het "peer-group"-leren. Het kennisniveau voor de groep wordt veiliggesteld en de patiëntveiligheid wordt geborgd. Door het op innovatieve wijze aanpakken van de opleiding hebben we grote stappen kunnen maken ten aanzien van de opleidingskwaliteit en doelmatigheid en de tevredenheid van de AIOSsen. Bovendien blijkt de betrokkenheid van alle klinieken bij het onderwijs te leiden tot grotere bekendheid met elkaars werkwijze, betere samenwerking en meer consensus over diagnostiek en behandeling.

Referenties

1 Simon Sinek: Start with why - how great leaders inspire action: TEDxPugetSound, 2014,

2 Sir Ken Robinson: Changing education paradigms | TED Talk - TED.com 2009,

Trefwoord: Education management: Institutional management / committee structure, Curriculum: Education environment

Wijze van presentatie: Praktijppaper

A12.1 / van Walsum room

Implementatie van gestructureerde communicatie tussen hulpverleners volgens de SBAR-methode: Brug of Barrière in de interprofessionele samenwerkingsproces?

E.H.A.J. Coolen, R. Engbers, J.M.T. Draaisma, C.R.M.G. Fluit, R.F.J.M. Laan
Radboudumc

Context/probleemstelling of aanleiding

Slechte communicatie kan tot grote risicovolle situaties leiden. Wanneer niet eenduidig, consequent en snel wordt gecommuniceerd over de conditie van een patiënt, kan de situatie ontsporen waardoor de patiënt niet de gewenste zorg krijgt en schade oploopt. Met de SBAR-methode (Situation, Background, Assessment, Recommendation) kan op een gestructureerde manier tussen arts en verpleegkundige worden gecommuniceerd. Deze methode kent in Amerika zijn oorsprong en is vertaald naar de Nederlandse situatie en in binnen ziekenhuizen geïmplementeerd. Echter buiten de acute setting is deze implementatie niet altijd effectief gebleken. Reden voor het Amalia kinderziekenhuis om te onderzoeken welke factoren de implementatie van een interprofessionele gestructureerde communicatie methode stimuleren of belemmeren.

Beschrijving van de interventie/innovatie

Er is gestart met een kwantitatieve analyse waarbij 5 kinderartsen 36 telefonische overdrachten van aios en 5 aios 40 telefonische overdrachten van verpleegkundigen in de dienst hebben beoordeeld op SBAR structuur. Middels semi-gestructureerde focusgroep interviews met verpleegkundigen van de medium care afdeling en aios kindergeneeskunde zijn verschillende thema's verkend die op basis van de literatuur relevant zijn bij de implementatie van een nieuwe structuur in het samenwerkingsproces: kennis, attitude, zelfvertrouwen, bewustzijn. Vervolgens zijn er follow-up focusgroep interviews verricht met dezelfde beroepsgroepen om zo te verkennen welke factoren implementatie van een gestructureerde communicatie methode kunnen verbeteren.

Ervaringen/analyse van de implementatie

De kwantitatieve analyse toont een percentage correct uitgevoerde overdrachten volgens de SBAR-methode minder dan 30%, zonder een significant verschil tussen beide beroepsgroepen. Fenomenologische analyse van de focus-interviews toonde een aantal motivatoren en belemmeringen op de genoemde thema's en bracht ook nieuwe thema's naar voren zoals situatie-afhankelijkheid (acuut versus niet acuut), feedback, beroepsidentiteit, en (taak)verantwoordelijkheid als thema's, die een rol spelen in het verbeteren van interprofessionele communicatie en acceptatie van de ingevoerde gestructureerde communicatie methode.

Lessons learned (implicaties voor de praktijk)

Het uitwisselen van informatie tussen zorgprofessionals is essentieel voor de veiligheid van zorg, maar kan voor de nodige uitdagingen zorgen wanneer het verschillende beroepsgroepen betreft die interprofessioneel samenwerken. Effectieve implementatie van gestructureerde communicatie hangt dan niet alleen af van voldoende kennis, veranderingsgezindheid en zelfbewustzijn, maar raakt ook aan de eigen identiteit van de beroepsgroep en verschuiving in verantwoordelijkheden, wat als bedreigend kan worden ervaren. Het geven van informatie over belang van effectieve communicatie en training met nieuwe hulpmiddelen is dan niet voldoende voor effectieve implementatie. Reflectie en uitwisseling over taakbeleving tussen beroepsgroepen, evenals feedback over het gebruik van dit hulpmiddel tussen beroepsgroepen moet worden gestimuleerd.

Referentie

1 De Meester K, Verspuy M, Monsieurs KG, Van Bogaert P. SBAR improves nurse-physician communication and reduces unexpected death: a pre and post intervention study. *Resuscitation*. 2013;84(9):1192-6. Hazen AC, de Groot E, de Bont AA, et al. Learning Through Boundary Crossing. *Academic Medicine*. 2018;93(10):1531–1538.

Trefwoord: Assessment: Workplace-based (on-the-job)assessment, Curriculum: Inter-professional, Learning outcomes: Communication skills

Wijze van presentatie: Praktijkpaper

'Improving feedback-giving in clinical practice': de ontwikkeling van een app volgens 'participatory design'

J.C.G. Jacobs, H.E.M. Daelmans
Amsterdam UMC loc. VUmc

Context/probleemstelling of aanleiding

Leren op de werkplek laat zich moeilijk organiseren, er zijn veel potentiële leermomenten en veel rolmodellen. Feedback is een cruciale factor bij dit leerproces. Adequate feedback waar een individuele coassistent wat aan heeft, vraagt dat deze feedback persoonlijk en concreet is, gericht op geobserveerd gedrag, op vooraf besproken aandachtspunten en relevant voor dat moment. Dit blijkt niet eenvoudig, coassistenten ontvangen beperkt feedback waar ze wat mee kunnen en die past bij hun individuele leerproces. Begeleiders vinden het moeilijk concrete en persoonlijke feedback te geven, in de beschikbare tijd en in combinatie met hun andere taken (patiëntenzorg, onderzoek, onderwijs, en/of management). Dit blijkt ook uit studies elders (o.a. Ramani et al. 2018, Bok et al. 2016). Feedbackgevers geven aan dat zij graag handvatten krijgen hoe zij in de beschikbare tijd goede, bruikbare narratieve feedback kunnen geven aan coassistenten. Een app om feedback op de werkvloer te optimaliseren kan zo'n handvat zijn.

Beschrijving van de interventie/innovatie

In 2018 ontwikkelden we een app om begeleiders van coassistenten te ondersteunen in het geven van narratieve feedback. Oogmerk was dat de app de begeleider tijd en plaats onafhankelijk én geïndividualiseerd faciliteert. De app werd ontwikkeld met potentiële gebruikers (medisch specialisten en a(n)ios), twee arts-docenten, drie coassistenten, drie informatiespecialisten, twee onderwijskundigen en een app-bouwer passend bij het 'participatory design'. Startpunt was een 'needs assessment' aangevuld met ervaringen uit docentprofessionalisering en kwaliteitszorg. Conceptueel is de eerste versie van de app een 'guidebook'. Passend bij de stappen in het klinisch proces kiest de feedbackgever uit acht tegels: Algemeen, Professioneel gedrag, Anamnese, Lichamelijk onderzoek, Status, Overdracht & Presentatie, Vaardigheden en Achtergrond. In 2019 starten de implementatie-pilots met de app in twee klinische coschappen.

Ervaringen/Analyse van de implementatie

Na de presentatie van de app waren vier coschapcoördinatoren geïnteresseerd om aan de pilots mee te werken. In de oriënterende vervolggesprekken gaven zij aan dat de app aan feedbackgevers 'handvatten' biedt om betere en bruikbare schriftelijke feedback te geven. Zij stonden positief tegenover de doorontwikkeling van de app, 'tailor-made' voor hun coschap.

Lessons learned (implicaties voor de praktijk)

We verwachten dat de app een nieuwe 'tool' vormt voor het werkplekleren in de coschappen, gericht op individuele ontwikkelplannen van coassistenten zoals beschreven in het R2C2 model (Ramani et al. 2018, Sargeant et al. 2017). De gekozen aanpak met potentiële gebruikers (specialisten en a(n)ios), arts-docenten, coassistenten, informatiespecialisten, onderwijskundigen en app-bouwer ('participatory design') was een uitdagend traject. In het implementatietraject staat de connectie met het digitaal portfolio Scorion® en programmatisch toetsen centraal.

Referentie

1 Ramani S et al. 2018; Bok HGJ et al. 2016.

Trefwoord: Assessment: Feedback, Teachers/Trainers: Faculty/Staff development, Medical education: Undergraduate education

Wijze van presentatie: Praktijkpaper

Video-stimulated interviews met aios als onderwijsevaluatietool voor medisch vervolopleidingen

M. van Braak¹, M. Veen¹, E. Giroldi²

¹Erasmus MC, ²Maastricht Universiteit

Context/probleemstelling of aanleiding

Onderwijsevaluatie is van belang voor het waarborgen van onderwijskwaliteit. Zeker in medisch vervolopleidingen is goede onderwijsevaluatie daarom cruciaal – hierin leiden wij immers de dokters van de toekomst op.

De gebruikelijke evaluatiemethode in medisch onderwijs is via een mondeling of schriftelijke beantwoording van gestandaardiseerde vragen. Een dergelijke evaluatie mist flexibiliteit. Het bespreken van gegeven antwoorden met aios zou docenten meer inzicht geven in de achtergrond van evaluaties, maar ook dan kunnen concrete evaluaties uit blijven. Dit bemoeilijkt specifieke aanpassingen in de onderwijshoud en de manier waarop het onderwijs wordt gegeven.

Beschrijving van de interventie/innovatie

Om meer flexibiliteit en specificiteit te creëren, gebruikten wij in het kader van een onderzoeksproject een alternatieve onderwijsevaluatietool: *reflective video-stimulated interviewing*. *Reflective VSI* is een onderzoeksmethode waarbij deelnemers een video van hun eigen interactie (bijv. een college, een consult) terugkijken en daarop reflecteren (van Braak et al., 2018).

In ons onderzoeksproject gebruikten wij *reflective VSI* om huisartsen in opleiding een onderdeel van het terugkomdagonderwijs, Leren van Ervaringen, te laten evalueren. Zij kregen individueel een opname te zien van een Leren van Ervaringen-sessie waaraan zij hadden deelgenomen. Voorafgaand aan het terugkijken instrueerde de interviewer aios om waar relevant de video stop te zetten en iets te vertellen over wat zij als positief of negatief ervaren hadden. De duur van het interview was 45-60 minuten.

Ervaringen/analyse van de implementatie

Het terugkijken van een afgebakend deel van het te evalueren onderwijs leverde – in tegenstelling tot gangbare vragenlijstevaluaties – hele specifieke evaluaties op over allerlei aspecten van het onderwijs: inhoud, docenthandelingen, groepsdynamiek, didactiek, etc. De evaluaties waren doorgaans gebonden aan concrete handelingen, hoewel concrete handelingen soms ook algemenere evaluaties opleverden. Het expliciete karakter van deze evaluaties maakt specifieke onderwijsverbeteringen mogelijk, zeker als meerdere geïnterviewde aios individueel dezelfde observaties maken. Ondanks dat de evaluaties contextgebonden zijn, blijken de evaluaties ook bruikbaar te zijn voor verbetering van dit onderwijsonderdeel in het algemeen.

Lessons learned (implicaties voor de praktijk)

Onderwijsevaluatie is nuttig als het flexibel en specifiek inzetbaar is voor de evaluatie van concrete onderwijssituaties. *Reflective video-stimulated interviewing* houdt evaluaties dicht bij de onderwijspraktijk en tegelijk relevant voor de bredere setting. In de huidige onderzoekscontext werden de interviews afgenomen door iemand die niet tijdens het geëvalueerde onderwijs aanwezig was. Dit stimuleert aios om kritisch naar de opname te kijken. Om bruikbaarheid te bevorderen kan men er ook voor kiezen om een korter evaluatie-interview te houden.

Referentie

1 van Braak, M., de Groot, E., Veen, M., Welink, L., & Giroldi, E. (2018). Eliciting tacit knowledge: The potential of a reflective approach to video-stimulated interviewing. *Perspectives on medical education*, 7(6), 386-393.

Trefwoord: Medical education: Postgraduate education, Curriculum: Evaluation of curriculum, Teachers/Trainers: Teacher evaluation

Wijze van presentatie: Praktijkpaper

M.J. Wolters, G.H. Agricola
Universiteit Utrecht

Context/probleemstelling of aanleiding

In 2016 is de vernieuwde masteropleiding Farmacie van de Universiteit Utrecht gestart, met daarbij meer aandacht voor de apotheker als zorgverlener. Patiëntgerichte communicatie wordt binnen de vernieuwde masteropleiding Farmacie in verschillende cursussen onderwezen en getoetst. Ervaringen uit het oude curriculum leerden dat studenten vaak slecht voorbereid waren voor communicatietrainingen en weinig geïnteresseerd waren in theoretische achtergronden. Daardoor was de effectiviteit van het communicatieonderwijs lager dan gewenst. Ook had een deel van de studenten twijfels over de praktische toepasbaarheid.

Beschrijving van de interventie/innovatie

Om studenten beter voor te bereiden op de communicatietrainingen en de contacttijd effectiever te benutten zijn voor de cursus 'Chronische aandoeningen' e-learning modules ontwikkeld met behulp van de tool Xerte Online Toolkits. Daarbij werden de docenten technisch en didactisch ondersteund door medewerkers van Educate-it. Uit onderzoek blijkt dat e-learning een effectieve onderwijsmethode is [1]. De ontwikkelde modules hebben leerdoelen als: kennen van de basisstructuur van een baliegesprek, een beeld hebben van een effectief gesprek en inzicht in lastige situaties, het herkennen van cues en concerns, reflecteren op eigen competenties en leerdoelen. De modules bestaan o.a. uit kennisclips, voorbeeldvideo's, online simulatie, reflectieopdrachten en interactieve opdrachten, zoals meerkeuzevragen. Daarbij is farmacotherapeutische kennis geïntegreerd die relevant is voor de cursus.

Ervaringen/analyse van de implementatie

De modules zijn in 2016 (N=75) en 2017 (N=47) onder studenten geëvalueerd, waarbij zij vragen beantwoorden die gescoord werden op een 5-punts Likert schaal. Naar voren kwam o.a. dat studenten de modules zinvol (score 4.01 en 4.28), leuk (3.57 en 4.01) en motiverend (3.69 en 3.85) vonden. Ook voelden studenten zich beter voorbereid op het onderwijs en de toets en hadden ze het idee dat het doorlopen van de e-learning modules hen zou helpen om de toets te halen. De docenten merken dat studenten door de e-learning beter voorbereid zijn op de trainingen. De studenten zien de relevantie van de training en weten wat lastig kan zijn, daardoor zijn studenten meer gemotiveerd tijdens het contactonderwijs. Ook kunnen ze hun leervragen concreter verwoorden.

Lessons learned (implicaties voor de praktijk)

Een voorbereidende e-learning module is een goede methode om communicatietrainingen effectiever te maken.

Hoewel sommige onderdelen van de modules nog verbetering behoeven (bijvoorbeeld het professionaliseren van filmpjes gemaakt met een mobiele telefoon), worden de modules erg gewaardeerd door de studenten.

Het is belangrijk dat studenten vooraf door docenten gewezen worden op het belang van het doorlopen van de modules (wat studenten kunnen verwachten), zodat studenten gemotiveerd aan de slag gaan. Door als docent zelf de module te ontwikkelen en te beheren kunnen aanpassingen eenvoudig gemaakt worden.

Referentie

1 Dankbaar MEW. De effectiviteit van e-learning en de implementatie in het medisch onderwijs. *Tijdschrift voor Medisch Onderwijs*. 2009; 28:212-222

Trefwoord: Teaching & learning; e-learning/computers, Learning outcomes: Communication skills, Teaching & learning: Blended learning

Wijze van presentatie: Praktijkpapier

Diepgang en Praktijk van het Medische Statistiek Onderwijs: moeilijk doen kan altijd nog

J.D.M. Otten¹, A.L.M. Verbeek¹, B.W.C. Ommering², F.W. Dekker², I.J. van Wijk³

¹Radboudumc, ²LUMC, ³Amsterdam UMC Loc. VUmc, Namens Werkgroep Wetenschappelijke Vorming

Thema

In 1990, verschenen er in het *Nederlands Tijdschrift Geneeskunde* enkele opiniërende artikelen met vragen als “Kunnen bijna afgestuurde artsen hun vakliteratuur [wel] interpreteren?” en “Moeten ze dat eigenlijk wel kunnen?” Het ging hierbij over de statistiek en data-analyse van toegepast medisch-wetenschappelijk onderzoek.

Ook nu nog zijn deze vragen relevant. Het *Raamplan Artsopleiding 2009*, de nieuwe editie is in ontwikkeling, vermeldt bij ‘eindtermen medische statistiek’ zaken als toetsen, significantie en betrouwbaarheidsinterval, maar ook geavanceerde rekentechnieken als survival analyse, multivariabele regressieanalyse en meta-analyse, allemaal concepten die geneeskundestudenten dienen te beheersen. Kijken we tenslotte naar de algemeen-medische toptijdschriften als *BMJ*, *Lancet*, *NEJM*, *JAMA* en *NTvG*: de hedendaagse data-analyses en interpretaties mogen er ook zijn! Maar willen we dat?

Doel

Middels deze ronde tafel-sessie *Medische Statistiek* willen we een overzicht geven van de huidige gebezigde statistiek, en discussiëren over wat we noodzakelijk vinden voor studenten geneeskunde om te begrijpen / interpreteren, te (her)kennen en te kunnen, met welke diepgang en met welk doel.

Doelgroep

Begeleiders van onderzoeksstages, professionals statistiekonderwijs, studenten, lijn- en opleidingscoördinatoren, methodologen, arts-onderzoekers, statistici, data scientists.

Opzet: activiteiten en opbrengst

Tijdens deze workshop gaan de deelnemers aan de slag met recente abstracts van algemeen medische tijdschriften en onderdelen uit verslagen van wetenschappelijke stages om bovenstaande discussiepunten scherp te krijgen. We streven een opsplitsing na naar medische thema's: diagnostiek, prognostiek, etiologie, medische interventie en public health. Zo mogelijk komen ook kwalitatieve studies en 'systematic reviews' (tegenwoordig 10% resp. 5% van de onderzoeksstages) aan bod.

Max aantal deelnemers: 40

Trefwoord: Learning outcomes: Research, Learning outcomes: Basic medical sciences, Learning outcomes: Life-long learning

Wijze van presentatie: Rondetafel sessie

A14 / Leeuwen room I

Duurzame inzetbaarheid van AIOS en medisch specialisten

S.J. van Luijk, K.D.G. van de Kant, W.N.K.A. van Mook, J.M.J. Oomes-Huynen
MUMC+

Thema

Spelen met duurzame inzetbaarheid.

Doel

Uitwisselen van informatie rondom aspecten van duurzame inzetbaarheid en handige tips gericht op de werksituatie van de deelnemers.

Doelgroep

AIOS en medisch specialisten.

Opzet: activiteiten en opbrengst

Na een zeer korte inleiding krijgen deelnemers speelkaarten uitgereikt waarop uitspraken staan die allen gerelateerd zijn aan een groot aantal aspecten betreffende inzetbaarheid van AIOS en medisch specialisten binnen de context van de dagelijkse patiëntenzorg. De spelers kiezen zelf de onderwerpen die ze met elkaar willen delen aan de hand van de uitgedeelde kaarten en bepalen ook de diepgang van de discussie binnen de groep. Dit doen ze 40 minuten.

Daarna wordt per tafel van 5 deelnemers gevraagd welke thema's zijn gedeeld, welke ervaringen zijn opgedaan en welke tips men aan elkaar kan geven. Duur 25 minuten.

Daarna worden concrete tips gegeven vanuit de literatuur die bij kunnen dragen aan verminderde (ervaren) belastbaarheid en meer werkplezier (15 min).

Primair is de workshop gericht op het op een ludieke wijze delen van ervaringen rondom (over)belast voelen tijdens het werk. Zichtbaar maken dat ook anderen kampen met ervaren (over)belasting en stress door de dagelijkse patiëntenzorg. Welke oplossingen kiezen "de collega's" om ermee om te gaan? Welke tips komen voort vanuit de literatuur en wat kunnen AIOS en specialisten hiermee binnen hun eigen context.

Referenties

- 1 Building a Program on Well-Being: Key Design Considerations to Meet the Unique Needs of Each Organization
- 2 Tait Shanafelt, MD, Mickey Trockel, MD, PhD, Jon Ripp, MD, MPH,
- 3 Mary Lou Murphy, MS, Christy Sandborg, MD, and Bryan Bohman, MD
- 4 Acad Med. 2019;94:156–161.

Max aantal deelnemers: 25

Trefwoord: Curriculum: Education environment, Medical education: Postgraduate education, .
Teachers/Trainers: Workloads

Wijze van presentatie: Workshop

A15 / Leeuwen room II

Intervisie aan den lijve

J.M.C. Geurts
UMC Groningen

Thema

Op verzoek van de enthousiaste deelnemers van de NVMO workshop 'Help, mijn intervisie groep wil alleen maar spuien' in 2018, dit jaar een vervolg met praktische handvatten voor zowel beginners als gevorderde intervisie begeleiders.

Goede intervisie is iets anders dan een rondje 'spuien' van ervaringen. Uit welke intervisiemodellen kun je kiezen en hoe leer je zo'n model aan je groep als mentor of coach?

Doel

De doelen van deze workshop zijn:

- Bewustwording van de verschillen tussen een vrij groepsgesprek en intervisie (a.h.v. rollenspel door de workshopleiders).
- Welke varianten bestaan er? Wanneer kies je wat?
- Wat laat de praktijk zien (evt onderzoeks resultaten Jacqueline Bulstraan etc)
- Demonstratie van 2-3 intervisie modellen (Hendriksen, Roddelmethode) in subgroepen waarbij de deelnemers van de workshop intervisiegroepjes vormen. De workshopleiders fungeren als intervisiebegeleiders van deze groepjes en leren zo de methodieken aan.

Opzet: activiteiten en opbrengst

Frontaal onderwijs over de verschillende modellen, overeenkomsten en verschillen

Deelnemen aan een van de intervisievormen als intervisant in een kleine groep

Een intervisiebegeleider aan het werk zien zodat je het zelf kunt kopiëren

Referenties

1 Hanke Dekker en Peter van Dijken UMCG/RUG

Max aantal deelnemers: 20

Trefwoord: Teachers/Trainers: Professionalism/scholarship, Learning outcomes: Life-long learning,

Learning outcomes: Professionalism / attitude / ethics

Wijze van presentatie: Workshop

Complexe consultvoering, een geïntegreerde aanpak

N.S. Cramer Bornemann, A.G. Lovink, B.J.C.C. Hessink-Sweep
Universiteit Twente

Thema

Voor professionals in de gezondheidszorg is het van groot belang dat ze om kunnen gaan met complexe consulten. Complexe consulten kunnen een breed scala aan emoties en situaties omvatten. Om dit tijdens een medische opleiding zo realistisch mogelijk te benaderen is een geïntegreerde aanpak van meerwaarde. Op deze manier leert de student niet enkel om te gaan met thema's zoals boosheid, angst of het voeren van een slecht nieuwsgesprek, maar ontwikkelt de student de skills om om te gaan met de complexiteit als geheel.

Om studenten zo optimaal mogelijk voor te bereiden op de klinische praktijk is oefenen met diverse complexe consulten en de reflectie hierop cruciaal.

Binnen het bachelor-onderwijs krijgen daarom niet alleen gespreksvaardigheden aandacht, maar wordt middels reflectieopdrachten ook uitgebreid stilgestaan bij wat de ervaring van het complexe consult met de student doet. Welke gedachten en gevoelens komen er naar boven tijdens en na het consult en wat betekent dat voor jou als professional?

Middels deze workshop maken deelnemers kennis met deze geïntegreerde onderwijsmethode voor het aanleren van complexe consultvoering.

Doel

Aan het eind van de workshop:

- zijn de deelnemers geïnspireerd over mogelijke werkvormen omtrent complexe consultvoering
- hebben deelnemers handvatten om de leercirkel (voorbereiding, ervaring, reflectie) omtrent complexe consulten rond te maken
- hebben deelnemers ervaren hoe complexe consulten geïntegreerd kunnen worden aangeboden i.p.v. als losse thema's.

Doelgroep

Iedereen die betrokken is bij of geïnteresseerd is in communicatieonderwijs.

Opzet: activiteiten en opbrengst

Het thema en de aanleiding van de workshop wordt geïntroduceerd. Er volgt een korte inleiding over de opzet van het onderwijs bij de opleiding Technische Geneeskunde aan de Universiteit Twente. Bij de deelnemers wordt geïnventariseerd hoe er bij andere opleidingen wordt omgegaan met complexe consultvoering.

Vanuit twee subgroepen zal er daadwerkelijk worden geoefend met complexe consulten en de reflectie hierop. Deze groepen worden begeleid door een trainer en bij de oefening wordt gebruik gemaakt van simulatiepatiënten. De workshop wordt afgerond met een gezamenlijke discussie over de mogelijkheden voor toepassingen binnen het eigen curriculum, en een conclusie van de belangrijkste punten.

Referentie

1 Laughey, W., Sangvik Grandal, N., Stockbridge, C., & Finn, G. M. (2018). Twelve tips for teaching empathy using simulated patients. *Medical Teacher*, 1–5.

Max aantal deelnemers: 25

Trefwoord: Learning outcomes: Communication skills, Learning outcomes: Reflection / Critical thinking / decision-making / clinical reasoning, Teaching & learning: Standardized patients

Wijze van presentatie: Workshop

M. Kok, M.C. Seeleman
UMC Utrecht

Thema

In je dagelijks leven word je van kleins af aan blootgesteld aan allerlei associaties over groepen mensen. Directe en indirecte boodschappen, zoals in de media, zorgen ervoor dat we aannames en associaties hebben ten aanzien van andere mensen gebaseerd op karakteristieken als etniciteit, leeftijd, geslacht enzovoort. Dit noemen we bias. Bias kan je handelen, je begrip en je beslissingen onbewust beïnvloeden en uiteindelijk leiden tot ongelijkheden, bijvoorbeeld in de zorg of in het onderwijs. Als we alle studenten, ongeacht hun achtergrondkenmerken een gelijke kans willen bieden om hun opleiding goed te doorlopen, zullen we zoveel mogelijk moeten voorkomen dat bias hun kansen beïnvloedt. Om dit te bereiken worden biastrainingen georganiseerd.

In deze workshop geven leden van de NVMO-werkgroep Diversiteit een biastraining voor docenten. De training wordt afgesloten met een gesprek over het nut- en de noodzaak van biastrainingen voor docenten.

Doel

Het doel van de training is om deelnemers inzicht te geven in het begrip bias en de mogelijke gevolgen daarvan voor het onderwijs. Daarnaast krijgen deelnemers meer inzicht in hun eigen bias ten aanzien van studenten en het belang van dit onderwerp voor docenten. Met het doorlopen van de training krijgen docenten eveneens handvatten om eigen trainingen te ontwikkelen.

Doelgroep

Docenten in het medisch onderwijs, docententrainers in het medisch onderwijs.

Opzet: activiteiten en opbrengst

De training is gebaseerd op het framework 'for integrating implicit bias recognition into health professions education' (Sukhera & Watling, 2018). Hierin worden zes sleutel-elementen voor een biastraining beschreven. Deze elementen komen terug in deze training. We gebruiken werkvormen die zijn ontwikkeld door leden van de NVMO-werkgroep Diversiteit. Na afloop van deze workshop zijn deelnemers zich bewust(er) van het effect van bias. Bewust(er) van hun eigen bias met betrekking tot studenten en is er nagedacht over hoe om te gaan met je eigen bias in het onderwijs. Tevens is er gebrainstormd over de noodzaak van implementatie van een bias-training in het eigen onderwijs aan docententrainers

Referenties

- 1 Sukhera J, Watling C. *A Framework for Integrating Implicit Bias Recognition Into Health Professions Education*.
- 2 Acad Med. 2018 Jan;93(1):35-40.

Max aantal deelnemers: 20

Trefwoord: Teachers/Trainers: General, Students/Trainees: All, Teachers/Trainers: Professionalism/scholarship

Wijze van presentatie: Workshop

De vier dimensies van zorg: Gesprekken met patiënten tijdens een coschap

J. Pieters¹, F.C. Warmenhoven¹, D.H.J.M. Dolmans¹, E.G.M. Geelen¹, R.H. Houtepen¹, M.H.J. van den Beuken-Everdingen², D.M.L. Verstegen¹

¹Universiteit Maastricht, ²MUMC+

Context/probleemstelling of aanleiding

Artsen van bijna alle specialisaties komen in aanraking met chronisch zieke en palliatieve patiënten en worden geconfronteerd met de complexe uitdagingen die de zorg voor deze patiënten met zich mee brengt. Om goede zorg te kunnen verlenen, dienen artsen aandacht te besteden aan vier dimensies van zorg, namelijk de lichamelijke, psychische, sociale en spirituele dimensie. Uit eerder onderzoek is gebleken dat studenten zich weinig voorbereid voelen op het spreken met patiënten over hun psychologische, sociale en spirituele behoeften, maar dit wel belangrijk vinden (Pieters, sub). Om studenten hier beter in toe te rusten, wordt vanaf juli 2019 in het coschap Neurowetenschappen (Maastricht University) een opdracht geïmplementeerd.

Beschrijving van de interventie/innovatie

De opdracht is ontworpen op basis van een aantal onderwijskundige principes. Ten eerste is de opdracht authentiek. De student voert tijdens een van de onderdelen in de coschappen een gesprek met een patiënt over chronisch en/of palliatief ziek zijn, waarin medisch-inhoudelijke zaken, maar ook psychische, sociale en spirituele onderwerpen aan bod komen. Ten tweede worden de studenten aangezet tot reflecteren en ten derde tot samenwerkend leren. Na het gesprek schrijft de student een verslag van het gesprek met een bijbehorende reflectie. Vervolgens geeft de studenten schriftelijk peer-feedback aan twee medestudenten op het verslag. Tijdens een intervisiebijeenkomst gedurende de terugkomdag vindt er een dialoog plaats tussen de studenten onder begeleiding van een docent. Voordat de studenten de gesprekken voeren, dienen zij de toegestuurde voorbereidende materialen (literatuur en kennisclips) te bestuderen. Daarnaast krijgen zij een lijst met gespreksonderwerpen. Met deze richtlijnen worden de gesprekken gestuurd richting de vier dimensies.

Ervaringen/analyse van de implementatie

Het doel van dit onderzoek is het evalueren van de wijze waarop dit onderwijs is geïmplementeerd binnen het bestaande curriculum. De ervaringen van de studenten en docenten ten aanzien van het werken met een authentieke taak, samenwerkend leren en reflecteren worden geëvalueerd. Studenten vullen een evaluatieformulier in en nemen deel aan een focus groep. De docenten die de intervisiebijeenkomst begeleid hebben, worden geïnterviewd. De geanonimiseerde gespreksverslagen worden geanalyseerd om te onderzoeken in hoeverre studenten de vier dimensies ter sprake brengen en de diepgang van de reflecties wordt geanalyseerd. Daarnaast zal er geobserveerd worden tijdens de intervisiebijeenkomst en worden fieldnotes gemaakt.

Lessons learned (implicaties voor de praktijk)

De dataverzameling vindt plaats vanaf juli 2019. De eerste resultaten worden gepresenteerd tijdens het NVMO congres.

Referentie

1 Pieters, J., Dolmans, D., Verstegen, D., Warmenhoven, F., Courtens, A., van den Beuken-Everdingen, M. (submitted). Palliative care education in the undergraduate medical curricula: Students' views on the importance of, their confidence in, and knowledge of palliative care.

Trefwoord: Curriculum: Integration, Teaching & learning: Clinical context, Teaching & learning: Collaborative/peer-to-peer

Wijze van presentatie: Poster

A18.2 / Exchange hall

Community of teachers, UMC breed onderwijsplatform voor docenten

J.H. Schieving, F. de Vegt
Radboudumc

Context/probleemstelling of aanleiding

Veel medewerkers in een UMC zijn betrokken bij onderwijs in de bachelor- en masterfase van de geneeskunde opleiding. Dit onderwijs wordt met name binnen afdelingen opgezet en verzorgd. Dit onderwijs concentreert zich vaak rondom één discipline. Docenten van verschillende afdelingen komen door deze manier van het organiseren van onderwijs, maar weinig met elkaar in contact. Dit maakt dat veel docenten onafhankelijk van elkaar op zoek gaan naar dezelfde informatie over het ontwikkelen en verzorgen van onderwijs. Ook is er weinig uitwisseling van opgedane kennis tussen docenten van verschillende afdelingen.

Beschrijving van de interventie/innovatie

In 2018 hebben wij in het Radboudumc in Nijmegen een UMC breed platform opgericht voor docenten, genaamd CREA: Community of Radboud Educators Activity. Wij organiseren eens per kwartaal een bijeenkomst waar alle docenten van het Radboudumc voor uitgenodigd worden. Door middel van een enquête wordt geïnventariseerd aan welke onderwijsthema's er behoefte bestaat. De bijeenkomst begint met een lezing over dit centrale thema. Deze lezing wordt gevolgd door twee korte presentaties in pecha kucha vorm waarin twee docenten hun praktijkervaring presenteren. Daarna worden in kleinere groepen specifieke onderdelen van het thema belicht en ervaringen uitgewisseld. Tot slot is er een borrel om ook op informele wijze de middag af te sluiten en elkaar te ontmoeten.

Ervaringen/analyse van de implementatie

Inmiddels zijn er een drietal CREA-bijeenkomsten geweest. De eerste bijeenkomst was gericht op het oprichten van de community of teachers en het inventariseren van wensen. Er bleek grote behoefte te bestaan aan deze fysieke bijeenkomsten. Daarnaast was er ook een behoefte om langs digitale wijze andere docenten met specifieke expertise te kunnen vinden. In de tweede bijeenkomst hebben diverse best practices vanuit verschillende afdelingen centraal gestaan. De derde bijeenkomst was gericht op het opzetten en uitvoeren van onderzoek over onderwijs in het Radboudumc.

Lessons learned (implicaties voor de praktijk)

Er bestaat binnen ons UMC een behoefte aan een platform waar docenten elkaar fysiek en digitaal kunnen vinden om kennis en ervaringen uit te wisselen. Wij verwachten dat deze behoefte ook in een andere UMC en ziekenhuizen zal bestaan en willen andere ziekenhuizen inspireren ook een community of teachers op te richten.

Referentie

1 Implementing medical teaching policy in university hospitals. Engbers R, Fluit CRMG, Bolhuis S, de Visser M, Laan RFJM. Adv Health Sci Educ Theory Pract. 2017;22:985-1009

Trefwoord: Medical education: General, Teachers/Trainers: Faculty/Staff development, Teaching & learning: Collaborative/peer-to-peer

Wijze van presentatie: Poster

A18.3 / Exchange hall

Do they use it or do they lose it? Het toepassen van evidence-based practice in de dagelijkse praktijk van jeugdartsen

J.J. de Schipper¹, A.J.M. Hermans², F.W. Noordik¹, A.D.C. Jaarsma², S.A. Reijneveld²

¹NSPOH, ²UMC Groningen

Context/probleemstelling of aanleiding

Alle medische specialismen benadrukken dat evidence-based practice (EBP) belangrijk is. Ook jeugdartsen onderschrijven dat.

Onderzoeken bij veel medische specialismen stellen echter een probleem vast: EBP wordt te weinig toegepast in de werksituatie.

Uit onderzoek is niet bekend in hoeverre jeugdartsen EBP gebruiken en wat de factoren zijn die dit gebruik bevorderen of belemmeren. Inzicht in het gebruik en in de beïnvloedende factoren is nodig om te bepalen welke acties in de medische vervolgopleiding en op de werkplek nodig zijn om het daadwerkelijk gebruik van EBP te bevorderen.

Beschrijving van de interventie/innovatie

Om de grootste kans te bieden op nieuwe inzichten en factoren voeren we dit onderzoek uit met een kwalitatieve onderzoeksmethode. De eerste auteur neemt semigestructureerde interviews af bij tien tot vijftien jeugdartsen uit de onderzoekspopulatie. Deze bestaat uit de ongeveer honderd jeugdartsen die een tot vier jaar geleden zijn afgestudeerd bij het opleidingsinstituut NSPOH, momenteel werkzaam zijn als jeugdarts en daarbij individueel contact met cliënten hebben. Hij kiest de deelnemers zodanig dat zij verschillen in werksituatie, opleiding en organisatiecultuur. In de interviews wordt met name ingegaan op de situaties waarbij de jeugdarts een medische beslissing neemt of een advies geeft terwijl het antwoord niet direct beschikbaar is. Hoe ga je daar als jeugdarts mee om? Speelt EBP daarbij een rol?

EBP is gedefinieerd als vraagformulering, evidence zoeken, evidence wegen, een beslissing nemen, en het evalueren van dit proces [1]. Het onderzoek is iteratief opgezet. Dit betekent dat de transcripten van de eerste interviews direct worden gecodeerd, zodat de topiclijst voor een volgend interview zo nodig kan worden aangepast. Als voorlopig model voor de codering gebruiken we de extended theory of planned behavior [2].

Ervaringen/analyse van de implementatie

Op dit moment (april 2019) zijn vijf interviews afgenomen. Ten tijde van het NVMO congres zullen alle interviews zijn afgenomen en zal de analyse zijn afgerond.

Lessons learned (implicaties voor de praktijk)

Het onderzoek richt zich op EBP vaardigheden van individuele jeugdartsen. Een verrassend resultaat van de eerste interviews is dat EBP soms juist ook met succes als teamactiviteit ingevuld wordt in een intercollegiale toetsingsgroep.

Tijdens het NVMO congres zal de eerste auteur verder ingaan op wat de deelnemers vertelden over hun EBP-gebruik en de beïnvloedende factoren en zal hij aanbevelingen doen voor acties voor zowel de opleidingsinstituten als voor de organisaties waar de jeugdartsen werken.

Referenties

- 1 Scholten, Offringa, Assendelft. Inleiding in evidence-based medicine. Klinisch handelen gebaseerd op bewijsmateriaal. Bohn Stafleu, van Loghum. Houten, 2014
- 2 Ajzen, I. (1991). The Theory of Planned behavior. Organizational behavior and human decision processes 50 (2), 179-211

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

Wijze van presentatie: Poster

T.B. Stap, B.B. Bloem, R.F.J.M. Laan, M. Munneke, J.J. Koksma
Radboudumc

Context/probleemstelling of aanleiding

Parkinsonzorg in Nederland wordt hergedefinieerd in het PRIME-PD project, geleid door Prof. Dr. Bas Bloem & Dr. Munneke. Een kerndoel hierin is om de zorg (conform de strategische richtlijnen van het Radboudumc) meer persoonsgericht te maken. Door het implementeren van een Arts-Based Intervention – kort: ABI– in medisch (vervolg-) onderwijs van (parkinson)zorgverleners, wordt het persoonsgerichte karakter van de zorg in het Radboudumc onderstreept, maar tevens anders benadert dan gebruikelijk is.

Beschrijving van de interventie/innovatie

Een hulpverlener en een patiënt worden gevraagd om een object mee te nemen dat veel zegt over henzelf. Tijdens de ABI wordt aan beiden gevraagd elkaar over het eigen object te vertellen, waarbij een fotograaf foto's neemt. Vervolgens worden er individuele foto's genomen. Nadien wordt in een groeps- of één-op-ééngesprek gevraagd aan de subjecten om te vertellen over hun ervaring tijdens de ABI. Daarnaast wordt een drieluik gekozen. Dit leidt tot een reeks drielijken die verder ingezet worden (in bijv. tentoonstellingvorm) in het medisch(vervolg)onderwijs, zoals bijvoorbeeld in het vak "Kunst van het kijken en zien in de medische professie."

De ABI zelf is in een design-based proces ontworpen, d.w.z. in een iteratief proces met de werkpraktijk, waarbij sterk de nadruk lag op de ervaring van de subjecten. Er wordt gericht op een *perspectief transformatie* (wat tevens een centraal conceptueel speerpunt is). Dit moet ertoe leiden dat de partijen elkaar beter begrijpen, en de zorg meer persoonsgericht wordt. Door het geheel als *action research* in te steken is er een grote hoeveelheid aan rijk kwalitatief onderzoeksmateriaal ontstaan dat eveneens in termen van (transformatief) leren wordt onderzocht. Tevens vormt dit materiaal een fundament in de verdere ontwikkeling van de ABI.

Ervaringen/analyse van de implementatie

De meeste mensen ervaren de ABI als een verrijking t.o.v. van hun dagelijkse ervaring in de zorg. Zo geven meerdere van de subjecten aan dat zij "voor het eerst echt het gevoel" hebben dat zij degene tegenover zich "als mens" hebben leren kennen. Daarnaast geeft het werken met fotomateriaal een tactiele dimensie die ertoe leidt dat zelfexpressie gemakkelijker lijkt te gaan en verbindingen tussen mensen nog concreter wordt gestimuleerd, i.p.v. afgeremd. Ook blijkt uit de quote's dat de subjecten het perspectief van de ander beter begrijpen, en zelfs daarin hun eigen reactie anders insteken.

Lessons learned (implicaties voor de praktijk)

- De ABI behaalt het belangrijkste doel: de beiden partijen worden meer persoonsgericht.
- De ABI bevraagt een *status quo*: actief meer tijd voor het opbouwen van een relatie.

Referenties

- 1 McNiff, J. (2013) *Action research: principles and practice* (3rd Ed.) London, UK: Routledge.
- 2 Kokkos, A. (2010) "Transformative Learning Through Aesthetic Experience: Towards a Comprehensive Method" in *Journal of Transformative Education*, 8(30), 155-177.

Trefwoord: * learning outcomes, * medical education, not specified, Education Management: Change

Wijze van presentatie: Poster

Educational Design Research: een gepersonaliseerd, praktijkgericht leertraject voor PhD-studenten

S.J.H. van Vugt, W.I. de Haan
UMC Utrecht

Context/probleemstelling of aanleiding

Het gebruik van dierproeven in (bio)medisch onderzoek is een beladen onderwerp. Discussies hieromtrent zijn de laatste jaren voornamelijk gericht op kwaliteit van proefdieronderzoek. Om deze kwaliteit te kunnen verhogen wordt door de Instantie voor Dierenwelzijn Utrecht, het UMC Utrecht en Universiteit Utrecht ingezet op het thema 'leven lang leren'. Een eerste stap is het ontwerpen van een gepersonaliseerd, praktijkgericht leertraject over de dierproefopzet voor PhD-studenten.

Beschrijving van de interventie/innovatie

Bij het ontwerpen van het leertraject is Educational Design Research (EDR) gebruikt. Het doel van EDR is om op systematische wijze een interventie te ontwerpen die zowel een complex probleem oplost, alsmede kennis vergroot over het ontwerpproces zelf. EDR kent drie fasen: probleemidentificatie, ontwerp-, ontwikkeling en implementatie, evaluatie.

Belangrijke inzichten die in EDR-fase 1 naar voren zijn gekomen: 1) een verplicht leertraject is onwenselijk, 2) er is behoefte aan ondersteuning bij statistiek, toegepast op de eigen dierproefopzet, 3) de gesignaleerde problemen raken aan de onderzoekscultuur.

In EDR-fase 2 zijn praktijk en theorie gebundeld in deze onderwijskundige concepten:

- *connectivisme & gepersonaliseerd leren*: het leeraanbod moet gericht zijn op vrijblijvende toegang tot kennis en aansluiten bij individuele (leer)behoeften;
- *workplace based learning*: het leeraanbod moet kunnen worden toegepast in de werkpraktijk (niet-trainingscontext);
- *transformatief leren*: het leerproces raakt aan emoties en identiteit van de lerende.

Tijdens fase 3, de evaluatiefase, zullen resultaten van de pilot (najaar 2019) uitwijzen of beide doelen van EDR behaald zijn.

Ervaringen/analyse van de implementatie

De onderwijskundige concepten leidden tot een leertraject bestaande uit: een diagnostische toets met gepersonaliseerd leeradvies, een vrij te doorlopen online kennisbank, reflectie- en cultuurinterventies en een gepersonaliseerd eindassessment. De focus van het leertraject ligt op het aanspreken van de motivatie van deelnemers door enkel content aan te bieden die van toepassing is op de eigen proefopzet en aansluit bij de kennishiaten.

Lessons learned (implicaties voor de praktijk)

Theorie en praktijk zijn middels EDR samengebracht in een uniek leertraject, waarbij wordt afgeweken van een formele cursus met verplicht karakter. De wens is om in de toekomst alle professionals binnen het dierexperimentele veld te kunnen bedienen, ten behoeve van kwaliteit van proefdieronderzoek.

Referenties

- 1 Plomp, T. (2013). Educational design research: An introduction. In T. Plomp, & N. Nieveen (Eds.), An introduction to educational design research (pp. 11-50). Enschede, the Netherlands: SLO.
- 2 Siemens, G. (2005). Connectivism: A learning theory for the digital age. *International Journal of Instructional Technology and Distance Learning*, 2(1), 3–10.

Trefwoord: Learning outcomes: Life-long learning, Teaching & learning: Blended learning, Teaching & learning: Learning styles/theory/instructional design

Wijze van presentatie: Poster

S.D. Hoekstra, J.J. Blom, R. Nijmeijer, H.H.M. Hegge
UMC Groningen

Context/probleemstelling of aanleiding

Het E-learning Development Team (EDT) ontwikkelt e-learning voor alle opleidingen binnen de Faculteit Medische Wetenschappen (FMW) van de Rijksuniversiteit Groningen. Om aan de toenemende vraag naar e-learning te blijven voldoen, daarbij de kwaliteit te waarborgend en naadloos aansluitend op het onderwijsprogramma, was er behoefte aan een meer gestandaardiseerde wijze van werken. Dit heeft geresulteerd in het EDT-werkproces.

Beschrijving van de interventie/innovatie

De volgende voorwaarden werden gesteld: het proces moet aansluiten op de brede vraag vanuit de onderwijspraktijk; ruimte bieden om reeds ontwikkeld lesmateriaal te integreren en ondersteunend zijn aan het ontwikkelen van nieuw lesmateriaal.

Dit heeft geleid tot een nieuw werkproces waarin een scholingsvraag in nauwe samenwerking met de opdrachtgever stapsgewijs wordt omgezet in een e-learning product. Het proces, dat geïnspireerd is op Design Thinking, kent de volgende fasen: in voorbereiding, strategie, productie, test, opgeleverd en follow up.

De strategiefase heeft hierin de belangrijke functie om praktisch, uniform en op aantrekkelijke wijze de vraag van de opdrachtgever te vertalen naar een e-learning ontwerp. Deze kent een aantal stappen:

1. Begrijpen. De wens, vraag of het probleem wordt ontleed;
2. Schetsen. De mogelijke (e-learning) oplossingen worden breed verkend;
3. Beslissen. Er wordt een besluit genomen over het te ontwikkelen concept.

Ter ondersteuning van alle stappen in de strategiefase is de 'EDT design kit' ontwikkeld. Deze kit bevat een aantal werkvormen die ingezet kunnen worden per stap om ideeën te visualiseren, structuur aan te brengen in de informatie die gedeeld wordt of het creatieve denkproces te stimuleren.

De stappen hebben als doel om op gedegen wijze tot een concept te komen, alvorens wordt gestart met bouwen. Mede hierdoor worden last minute wijzigingen in het eindproduct voorkomen. Het EDT kiest ervoor om in de strategiefase altijd een student te betrekken. Als ervaringsdeskundigen kunnen zij goed meedenken over waar en hoe e-learning een rol kan spelen ter verbetering van hun onderwijs.

Ervaringen/analyse van de implementatie

Opdrachtgevers geven aan dat het stapsgewijs uitvoeren van de strategiefase zorgt voor structuur, houvast, duidelijkheid in de verdeling van rollen en taken en het maken van onderbouwde keuzes voor een e-learning ontwerp. De producten die worden opgeleverd zijn herkenbaar en het team werkt efficiënter.

Lessons learned (implicaties voor de praktijk)

- Een gestandaardiseerd werkproces leidt tot een uniforme werkwijze binnen het team en biedt duidelijkheid aan opdrachtgevers.
- Student, als ervaringsdeskundige, vroeg betrekken in het ontwikkelproces heeft meerwaarde.

Trefwoord: Teaching & learning: e-learning/computers

Wijze van presentatie: Poster

MOOC-Ontwikkeling: van Individuele Micro-Ondersteuning naar Zelfsturende Teacher Design Teams

S. Van Laer
KU Leuven

Context/probleemstelling of aanleiding

Bij de Faculteit Geneeskunde van de KU Leuven, ontwikkelen we Massive Open Online Courses (MOOCs). De KU Leuven ondersteunt, centraal, uitvoerig door het MOOC-team (didactisch, technologisch en audiovisueel). Desondanks dient er op facultair niveau alsnog zwaar geïnvesteerd te worden in ondersteuning bij de ontwikkeling van MOOCs (e.g., Hollands & Tirthali, 2014). Dit enerzijds bij het ontwerpen en ontwikkelen van de MOOC, anderzijds bij het contextualiseren van het universiteitsbrede ontwerp- en ontwikkelingskader naar de facultaire context.

Door het krijgen van een concrete vraag naar ondersteuning bij een MOOC (met 4 Afrikaanse partners) over 'clinical nutrition', kwam de noodzaak voor het optimaliseren van de ondersteuning in een stroomversnelling.

Beschrijving van de interventie/innovatie

Naar aanleiding van de optimaliseringsnood, werd een stakeholderanalyse gestart. De expertise van de actoren werd in kaart gebracht en op basis van de resultaten werd gekozen om de individuele micro-ondersteuning bij MOOCs anders vorm te geven. Dit veeleer richting 'Teacher Design Teams' (TDTs) (Huizinga, Handelzalts, Nieveen, & Voogt, 2014) als ondersteuningsmodel.

Ervaringen/analyse van de implementatie

In lijn met Huizinga et al. (2014) werd eerst bestaand ondersteuningsmateriaal ontsloten via een MOOC-helpplatform, aangepast aan de (didactische, technische en audiovisuele) noden van de actoren. Vervolgens werden in samenspraak met deze actoren een 3-daagse workshops georganiseerd op basis van het MOOC-helpplatform. De inhoud van de workshop focust op (1) het uitlokken van synergiën binnen de eigen context en (2) het invullen van aangereikte sjablonen (formuleren van ondersteuningsvragen). 5 TDTs werden opgezet, één facultaire ondersteuner fungeerde als coach en ondersteunde de communicatie tussen de verschillende TDTs en tussen de TDTs, de ondersteuning van de faculteit en het centrale MOOC-team.

Lessons learned (implicaties voor de praktijk)

Het project bevindt zich momenteel in de laatste fase van dit ondersteuningsmodel. Preliminare resultaten tonen enerzijds docentbetrokkenheid en eigenaarschap over het ontwerp- en ontwikkelproces. Anderzijds gebeurt de facultaire ondersteuning bij MOOCs nu eerder golvend (start, coaching, ...), waar dit voorheen een continue belasting van >70% was. Niettegenstaande we nog geen zicht hebben op de uiteindelijke winst voor docenten en ondersteuning, lijkt deze aanpak de juiste richting op te gaan.

Daarom zullen we tijdens deze sessie het ontwikkelde ondersteuningsraamwerk beschrijven, inclusief de materialen die we gebruiken. Op deze manier willen we de toehoorders informeren en aanzetten tot het valideren of falsificeren van het ondersteuningsmodel.

Referenties

- 1 Hollands, F. M., & Tirthali, D. (2014). Resource requirements and costs of developing and delivering MOOCs. *The International Review of Research in Open and Distributed Learning*, 15(5).
- 2 Huizinga, T., Handelzalts, A., Nieveen, N., & Voogt, J. M. (2014). Teacher involvement in curriculum design: Need for support to enhance teachers' design expertise. *Journal of Curriculum Studies*, 46(1), 33–57.

Trefwoord: Teachers/Trainers: Faculty/Staff development, Teaching & learning: e-learning/computers, Curriculum: Education environment

Wijze van presentatie: Poster

Ontwikkeling van e-learning over palliatieve zorg aan patiënten met een migratieachtergrond

K.N. Lanting¹, J. van Staveren-Thiesen², J.L. Suurmond¹

¹Amsterdam UMC loc. AMC, ²VUmc Academie

Context/probleemstelling of aanleiding

Professionele zorgverleners voelen zich vaak niet voldoende voorbereid om palliatieve zorg aan patiënten met een migratieachtergrond te geven. Het ontbreekt hun vaak aan kennis over dit onderwerp. Omdat er voor aankomende professionele zorgverleners nauwelijks onderwijsmateriaal is, hebben we een e-learning op MBO niveau 3 en 4 ontwikkeld over palliatieve zorg aan patiënten met een migratieachtergrond.

Beschrijving van de interventie/innovatie

Voor de ontwikkeling van de e-learning zijn interviews gehouden met patiënten en naasten van Surinaamse, Turkse en Marokkaanse herkomst over wat belangrijk is in de laatste fase van het leven. Daarnaast gaven vijf groepsinterviews met verzorgenden en verpleegkundigen inzicht in de dilemma's die zij ervaren in de zorg aan deze patiënten. Uit de interviews zijn drie hoofdthema's naar voren gekomen: (1) belang van relationele autonomie; (2) belang van religie in de laatste levensfase; en (3) cultuur sensitieve communicatie door zorgverleners.

In de e-learning komen alle drie de thema's aan bod in de vorm van informatieoverdracht, reflectievragen en casuïstiek uit de interviews. De LEARN-methode (Listen-Explain-Acknowledge-Recommend-Negotiate) wordt gebruikt om studenten handvatten te bieden voor het omgaan met verschillen en voor het uitvragen van behoeften en wensen van patiënt en familie (Berlin & Fowkes, 1983). Daarnaast geeft de e-learning algemene informatie over palliatieve zorg aan patiënten met een migratieachtergrond - zoals de invloed van een taalbarrière, lage gezondheidsvaardigheden, verschillen tussen generaties en de invloed van cultuur- en geloofsovertuiging.

Ervaringen/analyse van de implementatie

Om de e-learning te ontwikkelen en waar mogelijk te implementeren in het onderwijs hebben we het volgende gedaan: (1) Perspectieven van patiënten en zorgverleners zijn naast elkaar gelegd en onderwijsprofessionals zijn betrokken bij de ontwikkeling. Ook is input gevraagd aan verpleegkundigen met een migratieachtergrond; (2) De e-learning is ontwikkeld in samenspraak met het netwerk palliatieve zorg en docenten uit dit netwerk. Docenten hebben meegedacht over globaal plan van de inhoud en opzet van de e-learning. We sloten aan bij de ontwikkeling van een keuzedeel over palliatieve zorg voor het MBO waar aandacht voor diversiteit gewenst was. De e-learning is getest door MBO studenten en op basis daarvan aangepast.

Lessons learned (implicaties voor de praktijk)

De e-learning is geschikt om zorgverleners te laten reflecteren op hun eigen perspectief en kennis te laten maken met de thema's, dilemma's en mogelijke oplossingen maar biedt geen kant en klare oplossingen voor de dilemma's die verzorgenden en verpleegkundigen ervaren. Een blended learning waarbij een e-learning gecombineerd wordt met vaardigheidstraining is dan beter.

Referentie

1 Berlin EA. & Fowkes WC. (1983). A teaching framework for cross cultural health care: Application in family practice. West J. Med. 12(139), 93-98.

Trefwoord: Assessment: All

Wijze van presentatie: Poster

R. Nijmeijer, H.H.M. Hegge, F.C. Okker, J.J. Blom, S.D. Hoekstra
UMC Groningen

Context/probleemstelling of aanleiding

Het Groningse geneeskunde curriculum 'G2020' heeft een blended onderwijsprogramma, waarbij gebruik wordt gemaakt van het leermiddel e-learning. Meerdere factoren, zoals auteursrechtelijke bescherming van bestaand digitaal lesmateriaal en de geschiktheid ervan voor het eigen curriculum, hebben geleid tot de keuze om e-learning modules ook in eigen beheer te ontwikkelen. Aanvullende reden is de directe toegang tot gebruiksdata van de e-learning modules. Door deze data te kwantificeren en analyseren middels 'Learning analytics' (LA) kan een objectief beeld van gebruikersgedrag in de e-learning modules verkregen worden (1,2). De onderwijsorganisatie heeft de wens uitgesproken om de huidige manier van gestandaardiseerde onderwijsbeoordelingen te verrijken met zogenoemde LA-rapportages om het gebruik en de effectiviteit van e-learning te meten. Hiermee kan LA een toegevoegde waarde hebben binnen de kwaliteitscyclus van het onderwijs.

Beschrijving van de interventie/innovatie

De ontwikkelde e-learning modules verzamelen de gebruiksdata anoniem per gebruiker. Deze data wordt op groepsniveau inzichtelijk gemaakt, binnen een aangegeven periode en geeft informatie op de volgende punten:

- Aantal sessies binnen een module verdeeld over de tijd
- Gemiddelde tijdsbesteding per pagina
- Klikgedrag per pagina
- Input op oefenvragen

Binnen G2020 oefenen eerstejaars masterstudenten bij 'interactieve werkcolleges' (IWC's) in klinisch redeneren door kennis van pathogenese te koppelen aan klinische symptomen. Studenten bereiden zich voor op een IWC middels een e-learning module waarin benodigde basiskennis wordt behandeld in relatie met een corresponderende casus waarvoor ze opdrachten uitwerken.

De gebruiksdata van één jaarcohort studenten zijn verzameld en geanalyseerd. Daarnaast wordt er kwalitatieve informatie verzameld door interviews af te nemen met deze studenten en de docenten die zijn betrokken bij de IWC's over het gebruik en effectiviteit van de e-learning modules.

Ervaringen/analyse van de implementatie

Op het congres wordt het volgende gepresenteerd:

- Uitkomsten van LA-rapportage van het gebruik van de e-learning modules binnen de IWC's.
- Verslag van de interviews en focusgroepen met betrokken studenten en docenten over het gebruik en effectiviteit van de e-learning modules.

Lessons learned (implicaties voor de praktijk)

Geleerde lessen en blik op huidige en toekomstige ontwikkelingen binnen het UMCG.

Referentie

1 Siemens, G. (2013). Learning analytics: The emergence of a discipline. *American Behavioral Scientist*, 57(10), 1380–1400

Trefwoord: Teaching & learning: e-learning/computers, Teaching & learning: Blended learning, Education management: Quality Assurance

Wijze van presentatie: Poster

A19.5 / Exchange hall

Klinisch Redeneren - The Game

M.J. de Ruwe
Universiteit Utrecht

Context/probleemstelling of aanleiding

Klinisch redeneren is een belangrijke vaardigheid voor apothekers. Bachelor Farmaciestudenten van de Universiteit Utrecht oefenen hiermee voor het eerst in de laatste cursus van hun eerste studiejaar. In deze cursus staan het cardiovasculaire systeem en de behandeling van hypertensie centraal. In de laatste onderwijsbijeenkomst wordt patiëntencasuïstiek besproken. Studenten worden geconfronteerd met klinische vragen, die ze op basis van klinisch redeneren moeten beantwoorden. Voor deze werkgroep is de werkvorm *Klinisch Redeneren – The Game* ontwikkeld vanuit de volgende drie doelstellingen:

- 1) Het motiveren van studenten om zelf een onderbouwd antwoord te formuleren.
- 2) De studenten zich laten inleven in hun toekomstige rol als apotheker.
- 3) Een leuke laatste onderwijsbijeenkomst met een 'fun-element'.

Beschrijving van de interventie/innovatie

In de game worden de studenten verdeeld in kleine groepen. Elke groep vormt een apotheek, waarvoor de studenten een naam bedenken. De studenten worden gedurende de hele werkgroep aangesproken als apotheker. Vragen aan de hand van de patiëntencasuïstiek worden in de apotheken besproken en elk juist en goed onderbouwd antwoord levert de apotheek een punt op. De beslissingen, die de studenten nemen, zijn door de game-vorm niet vrijblijvend. De apotheek met de meeste punten wint de game.

Ervaringen/analyse van de implementatie

Deze werkvorm werd geëvalueerd met behulp van een korte vragenlijst, die vrijwel alle deelnemende studenten (101 studenten) direct aan het einde van de werkgroep hebben ingevuld. Ook werden de betrokken docenten (5) geïnterviewd. Driekwart van de studenten (77%) gaf aan dat zij door deze werkvorm gemotiveerd werden om zelf een antwoord te formuleren vóór de plenaire bespreking. Meer dan de helft (58%) kon zich inleven in de rol van apotheker, doordat zij als apotheker werden aangesproken. Vrijwel alle studenten vonden het een leuke werkvorm (96%) en adviseerden om de werkgroep ook het volgende jaar weer in de vorm van deze game te geven (98%). Ook de docenten waren positief over deze onderwijsvorm. Zij merkten echter ook op dat de game alleen goed werkt wanneer de studenten zich goed hebben voorbereid.

Lessons learned (implicaties voor de praktijk)

Op basis van deze resultaten wordt geadviseerd om de werkvorm *Klinisch Redeneren – The Game* te implementeren in het onderwijs. Het inleven in de rol van de apotheker kan mogelijk versterkt worden door de studenten niet alleen in de werkgroep zelf als apotheker aan te spreken, maar ook in al het geschreven materiaal dat de studenten voorafgaand aan en tijdens de werkgroep ontvangen.

Trefwoord: Teaching & learning: Games, Teaching & learning: Small group, Teaching & learning: Clinical context

Wijze van presentatie: Poster

A19.6 / Exchange hall

Van bomen naar bos Het ontwerpen van een gestructureerde e-module volgens de informatieverwerkingstheorie

E. van Venrooij, M.E.W. Dankbaar, M. Doets, M.M. van Wermeskerken
Erasmus MC

Context/probleemstelling of aanleiding

De brede implementatie van blended leren in de master van de opleiding geneeskunde (start september 2017) bij het Erasmus MC heeft geleid tot de ontwikkeling van tweehonderd e-modules door bijna evenzoveel docenten. Ter ondersteuning bieden wij als team digitaal leren & innoveren een stappenplan, richtlijnen en een template voor het ontwerp van een e-module. Ook worden de uitwerkingen didactisch gescreend en voorzien van feedback.

Desalniettemin blijft het ontwerpen van zo'n e-module vaak een hoge drempel voor docenten die daar onervaren in zijn. Hoewel de gegeven feedback zeer divers is, lijkt het grootste struikelblok de hoeveelheid informatie en de structurering daarvan te zijn. De informatieverwerkingstheorie, zoals de cognitieve load theorie, biedt concrete en evidence-based principes die hiervoor handvatten kunnen bieden¹.

Hoe kan de informatieverwerkingstheorie bijdragen aan het beperken van de informatie in een e-module en het structureren hiervan door docenten?

Beschrijving van de interventie/innovatie

De informatieverwerkingstheorie stelt dat het werkgeheugen van een lerende beperkte capaciteit heeft en leren pas plaatsvindt wanneer informatie in het werkgeheugen wordt geïntegreerd in het lange termijn geheugen. Teveel of slecht gestructureerde informatie leidt tot een te hoge belasting van het werkgeheugen (cognitive overload) wat het leren schaadt.

Om de docenten beter te begeleiden in het uitwerken van een e-module, hanteren we de volgende principes uit de informatieverwerkingstheorie:

Het voorkomen van *cognitive overload* door:

- Niet te veel informatie tegelijk op een scherm (7 +/- 2 items) te presenteren.
- Informatie op een heldere manier te presenteren en te structureren.
- Informatie te ordenen door middel van *spatiële nabijheid*.

Het bieden van overzicht door:

- De informatie in een context te plaatsen.
- Gebruik te maken van *advanced organizers*.
- Informatie en bijbehorende vragen gecombineerd aanbieden.
- Eerst het grote plaatje te schetsen, en dan inzoomen op sub-onderwerpen.

Deze principes hebben we verweven in de workshop voor docenten en in de richtlijnen voor het ontwerp van een e-module. Ook refereren we hieraan in de feedback op de uitwerking.

Ervaringen/analyse van de implementatie

De eerste ervaringen naar aanleiding van deze strategie zijn dat de docenten beter zijn voorbereid op het schrijven van een e-module en dat de conceptuitwerkingen beter gestructureerd zijn.

Lessons learned (implicaties voor de praktijk)

Het geven van feedback over de opbouw en structuur aan de hand van de principes is effectief.

Referentie

1 Dale H. Schunk, Learning Theories, An Educational Perspective (6th edition)

Trefwoord: Teaching & learning: e-learning/computers, Teachers/Trainers: Faculty/Staff development, Teaching & learning: Learning styles/theory/instructional design

Wijze van presentatie: Poster

12.45-14.00 **LUNCH**

14.00-15.00 **Plenair / Rotterdam Hall**

14.00-14.15 **Uitreiking prijs voor de beste onderwijsinnovatie**

14.15-15.00 **Hoofdlezing**
Een balans vinden tussen validiteit en diversiteit bij selectie via een modulaire benadering

Prof. dr. Filip Lievens, Professor of Human Resources, Lee Kong Chian School of Business of Singapore Management University

Een modulaire benadering laat toe om selectiemethoden op te delen in kleinere componenten (bouwstenen). Voorbeelden van deze bouwstenen zijn presentatieformat, antwoordformaat, scoringsprocedure of instructies. Daarna kan men deze bouwstenen flexibel combineren om nieuwe "hybride" selectiemethoden te ontwerpen. In deze presentatie zal ik aantonen hoe men via deze modulaire benadering een balans kan vinden tussen de doelstellingen om valide selectiebeslissingen te nemen en diversiteit tussen de geselecteerden te bekomen.

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

15.30-16.45 **Blok B**

B1 / Mees auditorium

Het leven is een feest, en mijn opleiding nog het meest!

J. Prins, D. Jaarsma, L. van der Jagt, J. Fleer
Werkgroep Welbevinden

Thema

Het zijn en worden van een zorgprofessional kenmerkt zich door een leven lang leren en ontwikkelen. Enerzijds is dat leren en ontwikkelen op de domeinen kennis, vaardigheden en attitude. Anderzijds is dat de zelfzorg. In 2017 is aan de World Medical Association Declaration of Geneva een zin toegevoegd aan de eed voor artsen, te weten: 'I WILL ATTEND TO my own health, well-being, and abilities in order to provide care of the highest standard'. Een relevante toevoeging gezien de verontrustende toename in stressklachten onder dokters, maar ook andere zorgprofessionals. Gezien de vele recente rapportages die laten zien dat veel zorgprofessionals bovenmatig veel stress- en burnoutklachten ervaren, kan je je afvragen of zorgprofessionals in verschillende fasen van hun ontwikkeling op dit moment wel de meest adequate ondersteuning ervaren bij het omgaan met stress. Hoe zorg je er als opleidingsinstituut voor dat bij zorgprofessionals in opleiding stress niet de overhand neemt? En op welke manieren is hier na de opleiding zorg voor te dragen? De werkgroep welbevinden van (toekomstige) zorgprofessionals van de NVMO wil dieper ingaan op deze vraag. In dit symposium brengen we datgene wat we de afgelopen twee jaar hebben opgehaald, wat lijkt te werken en wat niet in het ondersteunen van (toekomstige) zorgprofessionals. Wat weten we vanuit de praktijk en wat weten we vanuit onderzoek? In dit symposium halen we datgene wat jullie zelf hebben ervaren, weten en kennen en nog niet bekend is bij ons.

Doel

In een interactieve sessie willen we de praktijken die er binnen verschillende onderwijsinstellingen en zorginstellingen zijn op het gebied van stresspreventie en welzijnsbevordering van zorgprofessionals belichten, pro's en con's bespreken, input halen over ideeën die leven bij deelnemers en vragen/discussiepunten voorleggen die spelen binnen onderwijsinstellingen. Denk hierbij aan vragen als:

- Behoort onderwijs gericht op stresspreventie -en reductie tot het onderwijsdomein of het

54

zorgdomein? Waar ligt de grens tussen onderwijs en zorg/therapie?

- Wat willen zorgprofessionals in opleiding zelf aan onderwijsaanbod op het gebied van stresspreventie -en reductie?
- Wanneer begin je met onderwijs gericht op stresspreventie -en reductie? Gelijk in het eerste jaar van de bachelor of pas later?
- Hoort onderwijs gericht op stresspreventie -en reductie in het 'basispakket' van het onderwijs of zou het als keuzevak aangeboden moeten worden?
- Wat zijn geschikte onderwijsvormen voor onderwijs gericht op stresspreventie -en reductie?
- Hoe weet je of het geven onderwijs op het gebied van stresspreventie -en reductie ook effect sorteert? Met andere woorden, hoe verkrijg je evidentie voor de effectiviteit hiervan?
- Hoe kun je binnen het continuüm van medisch onderwijs aandacht besteden aan zelfzorg en stresspreventie en -reductie?

Doelgroep

Iedereen die zich betrokken voelt bij dit thema; zorgprofessionals, studenten, A(N)IOS, medische specialisten, dierenartsen, apothekers, tandartsen, verpleegkundigen, opleiders, decanen, etc

Opzet

- Enkele korte inhoudelijke presentaties met informatie over bestaande onderwijspraktijken en de kritische reflecties daarop en informatie vanuit onderzoek.
- 'Wereldcafé', waarbij er verschillende tafels zijn, gehost door: De Geneeskunde Student, De Jonge Dokter, De Jonge Specialist, De FMS (medisch specialist 2025), en de NVMO werkgroep. Aan de hand van twee wereldcafé rondes worden stellingen en vragen aan de verschillende tafels bediscussieerd. Wat leidt tot vernieuwde praktijk –en onderzoeksagenda van de werkgroep en haar leden.
- Afsluitende presentatie waarin de opbrengst wordt samengevat

Referenties

1 <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-geneva/>

2 http://www.standaard.be/cnt/dmf20180505_03499156

3 <https://www.demedischspecialist.nl/sites/default/files/Visiedocument%20Medisch%20Specialist%202025-DEF.pdf> (zie blz13/14)

Trefwoord: Stress, burnout, preventie, onderwijs, onderzoek

Wijze van presentatie: Symposium

M.H.J. van de Pol¹, A. Bremer¹, E. Hissink¹, C.R.M. Fluit¹, W. Fokkinga², M. Govaerts³, T.J. ten Cate⁴
¹Radboudumc,³Universiteit Maastricht,⁴UMC Utrecht

Thema

Entrustable professional activities (EPAs) zijn inmiddels gemeengoed in veel medische vervolgoopleidingen. Sinds enige tijd wordt op diverse faculteiten ook gewerkt met EPAs (of afgeleiden daarvan) in de basisopleiding (Geneeskunde Utrecht, Nijmegen en Maastricht en Tandheelkunde Nijmegen). Supervisoren op de stageplek gebruiken de EPA beschrijvingen om studenten feedback te geven op een uitgevoerde taak. Naarmate de student vordert wordt hij als het goed is steeds beter in het uitvoeren van taken en kunnen deze aan de student worden toevertrouwd (entrustment). In de praktijk blijkt dat supervisoren het lastig vinden om te bepalen wanneer een taak kan worden toevertrouwd. Hierbij speelt het voor supervisoren door elkaar lopen van vertrouwen in het algemeen en toevertrouwen van een taak een rol. Een andere factor die nodig is voor het toevertrouwen is goede feedback op een taak. Hoe kan feedback optimaal ingezet bij het werken met EPAs?

Doel

Tijdens de rondetafel discussie willen we aan de hand van goede ervaringen en knelpunten op de verschillende faculteiten samen nadenken over het verbeteren van entrustment en feedback in het werken met EPAs. Leren van elkaar.

Doelgroep

Allen die zich bezighouden met EPAs in de basisopleiding. Klinische docenten, supervisoren, studenten en onderwijsontwikkelaars worden uitgenodigd zich te mengen in de discussie.

Opzet: activiteiten en opbrengst:

We starten de sessie met een korte introductie over hoe op verschillende universiteiten tijdens de master wordt gewerkt met EPAs. Vervolgens brainstormen we met de deelnemers verder en discussiëren we aan de hand van praktijkvoorbeelden en het vergelijken van werkwijzen. De focus ligt daarbij op het geven van goede feedback en het bepalen van entrustment. Hierbij zoomen we steeds specifiek in op de ervaringen die er nu al zijn om zo gezamenlijk adviezen te formuleren voor vervolgonwikkeling en uitrol van EPAs naar andere opleidingen[1, 2].

Referenties

- 1 Peters, H., et al., *Twelve tips for the implementation of EPAs for assessment and entrustment decisions*. Med Teach, 2017. **39**(8): p. 802-807.
- 2 Ten Cate, O., *Entrustment as Assessment: Recognizing the Ability, the Right, and the Duty to Act*. J Grad Med Educ, 2016. **8**(2): p. 261-2.

Max aantal deelnemers: 50

Trefwoord: Medical education: Undergraduate education, Teachers/Trainers: Roles of the teacher, Assessment: Workplace-based (on-the-job)assessment

Wijze van presentatie: Rondetafel sessie

B3.1 / Diamond room I

Het observeren van een mastery model gevolgd door discussie verbetert de peer feedbackvaardigheden van studenten

F.M. van Blankenstein¹, J.F. O'Sullivan¹, N. Saab², P. Steendijk¹

¹LUMC, ²Universiteit Leiden

Probleemstelling

Feedback geven is een belangrijke academische vaardigheid. Uit onderzoek is bekend dat studenten baat hebben bij feedbacktraining. Een *mastery models* een model (student of docent) dat voordoet hoe een bepaalde taak uitgevoerd moet worden. Deze instructievorm is effectief gebleken bij het trainen van schrijfvaardigheden. Er is enig bewijs voor de effectiviteit van mastery models voor feedbackvaardigheden (1), maar onbekend is of het voeren van discussie over goede feedback de effectiviteit ervan kan verhogen. Daarom onderzochten wij de effecten van het toepassen van een mastery model wel of niet gevolgd door discussie op peer feedbackvaardigheden van studenten, in vergelijking met geschreven voorbeelden van goede peer feedback gevolgd door discussie.

Methode

Derdejaars geneeskunde studenten in het LUMC schrijven in het kader van hun Bachelorscriptie een 'Critical Appraisal of a Topic (CAT). 245 studenten deden vrijwillig mee aan dit onderzoek. Hun werkgroepen werden willekeurig ingedeeld in drie experimentele condities: mastery model met discussie (MMD), papieren voorbeeld met discussie (PVD), en mastery model (MM). In de MMD-conditie keken zij een video waarin een actrice voordeed hoe je goede feedback geeft op een authentiek CAT-paper. Daarna discussieerden studenten samen met de docent over wat de goede elementen van de feedback waren in het voorbeeld. In de PVD-conditie lazen studenten dezelfde feedback op papier en discussieerden zij ook over de goede elementen van de feedback. In de MM conditie bekeken studenten de video zonder daarna te discussiëren. Elke student gaf, via de elektronische leeromgeving, peer feedback op de CAT-papers van twee willekeurig toegewezen medestudenten: één daarvan voorafgaand aan de werkgroep en één na het volgen van de werkgroep. Een onafhankelijke onderzoeker, geblindeerd voor de condities, codeerde verschillende *functies* (evaluatie, revisie, uitleg of analyse) en *aspecten* (inhoud, stijl of structuur) van de peer feedback. Codering werd gestart na het bereiken van een goede interbeoordelaarsbetrouwbaarheid (Cohen's Kappa = .87).

Resultaten (en conclusie)

Stapsgewijze multipele regressies toonden aan dat alle functies en aspecten van de feedback ná de werkgroep significant waren geassocieerd met dezelfde functies of aspecten vóór de werkgroep. Dit wijst erop dat hoe studenten feedback gaven na de werkgroep vooral voorspeld werd door hoe ze feedback gaven voorafgaand aan de werkgroep. Daar bovenop toonde alleen de MMD-conditie (als dummyvariabele) een significant positief verband met de hoeveelheid positieve evaluatie ($B = 4.11$, Std. Fout = 1.58, $p = .01$) en uitleg voor evaluatie in de peer feedback ($B = 1.22$, Std. Fout = .43, $p = .01$). Alleen de MMD-conditie (en niet de PVD-conditie) leek dus een significante impact te hebben op een deel van de peer feedback die studenten gaven.

Discussie

De positieve effecten van de MMD-conditie kunnen niet worden toegeschreven aan het tonen van voorbeelden in het algemeen of alleen discussie over goede elementen van peer feedback. In het mastery model werd expliciet voorgedaan hoe uitleg gegeven kon worden op een authentiek CAT-paper. Dat, in combinatie met de discussie, heeft wellicht geleid tot het positieve effect. Dialoog stimuleren tussen de geveger en ontvanger van feedback wordt vaak genoemd als belangrijke voorwaarde voor de effectiviteit van peer feedback (2). Op basis van de huidige resultaten kan hier aan worden toegevoegd dat een gesprek over goede feedback ook waardevol kan zijn.

Referenties

- 1 Van Steendam, E., Rijlaarsdam, G., Sercu, L., & Van den Bergh, H. (2010). The effect of instruction type and dyadic or individual emulation on the quality of higher-order peer feedback in EFL. *Learning and Instruction, 20*(4), 316-327.
- 2 Boud, D., & Molloy, E. (2013). Rethinking models of feedback for learning: the challenge of design. *Assessment & Evaluation in Higher Education, 38*(6), 698-712.

Trefwoord: Assessment: Feedback, Assessment: Peer assignment, Teaching & learning: Collaborative/peer-to-peer

Wijze van presentatie: Onderzoekspaper

B3.2 / Diamond room I

Het leereffect van stereopsis op de anatomische kennis met behulp van 3D technologie

K. Bogomolova¹, B.P. Hierck¹, A.E.M. Looijen², A. Pilon², H. Putter¹, S.E.R. Hovius², J.A. van der Hage¹
¹LUMC, ²Erasmus MC

Probleemstelling

In de praktijk blijkt dat de anatomische kennis nog altijd onvoldoende is onder medische studenten en jonge dokters². Uit onderzoek is gebleken dat het gebruik van digitale monoscopische 3D modellen, waarbij het effect van diepte afwezig is, een matig tot goed leereffect heeft op de anatomische kennis¹. Echter door de grote diversiteit aan controlecondities waarmee deze leermethode wordt vergeleken, is het onbekend welke eigenschap bijdraagt aan dit leereffect. Dankzij nieuwe technologische ontwikkelingen kunnen de digitale 3D modellen tegenwoordig stereoscopisch worden weergegeven, hetgeen betekent dat het anatomisch object in 'echt' 3D kan worden bestudeerd. Stereopsis, oftewel de mogelijkheid voor diepte perceptie, kan mogelijk een positieve bijdrage leveren aan het leerproces. In deze meta-analyse wordt het effect van leren met stereoscopische 3D modellen onderzocht ten opzichte van leren met monoscopische 3D modellen op anatomische kennis.

Methode

De review is verricht en gerapporteerd volgens de PRISMA-richtlijnen. De literatuurzoekactie is uitgevoerd in de Embase, Medline, CINAHL, BSCoHost, ERIC EBSCoHost, Cochrane CENTRAL, Web of science and Google Scholar databases t/m november 2018. De geïnccludeerde interventies betroffen een leermethode met een stereoscopische 3D weergave van het anatomisch gebied van het menselijk of dierlijk lichaam door middel van 3D technologie. De kwaliteit van de studies is beoordeeld door middel van het *Medical Education Research Study Quality Instrument* en *Cochrane Collaboration's Tool for Assessing Risk of Bias*. De selectie van de studies en de kwaliteitsbeoordeling zijn onafhankelijk uitgevoerd door twee reviewers. De uitkomsten van de individuele studies zijn omgezet naar de *Standardized Mean Difference* (Cohen's d), als maat voor de grootte van het leereffect welk als effectief werd beschouwd bij een waarde >0.50.

Resultaten (en conclusie)

Van de 3319 gevonden publicaties, werden in totaal 13 gerandomiseerd onderzoeken en 2 niet-gerandomiseerde vergelijkende studies met 926 deelnemers geïnccludeerd in de review. In de meerderheid van de studies waren de participanten (9/15) (bio)medische studenten. Binnen de interventies werd de stereoscopische weergave van een anatomisch gebied bereikt met behulp van gepolariseerde of rood-groen brillen (9/15), Virtual Reality brillen (5/15) en fotopolymere weergave (1/15). De grootte van het leereffect van de stereoscopische 3D modellen ten opzichte van de monoscopische 3D modellen was: 0.54 [95%CI 0.25-0.84] voor de algehele kennis, 0.85 [95%CI 0.54-1.16] voor de feitelijke kennis en 0.35 [95%CI 0.09-0.61] voor de ruimtelijke anatomische kennis.

Discussie

Resultaten van de meta-analyse tonen aan dat het gebruik van stereoscopische 3D modellen effectiever is voor het aanleren van de algehele, feitelijke en ruimtelijke anatomische kennis dan het gebruik van monoscopische 3D modellen. Dit effect wordt verklaard door de aanwezige stereopsis. Moderne 3D technologieën die de stereoscopische waarneming ondersteunen, zoals Mixed en Virtual Reality, zouden dus goed ingezet kunnen worden ter ondersteuning van het anatomisch onderwijs. De efficiënte implementatie hiervan dient in onderzoeksverband verder worden uitgezocht.

Referenties

- 1 Yammine K, Violato C. A meta-analysis of the educational effectiveness of three-dimensional visualization technologies in teaching anatomy. *Anat Sci Educ*. 2015;8(6):525-38.
- 2 Prince KJ, Scherpbier AJ, van Mameren H, Drukker J, van der Vleuten CP. Do students have sufficient knowledge of clinical anatomy? *Med Educ*. 2005;39(3):326-32

Trefwoord: Learning outcomes: Basic medical sciences, Medical education: All, Students/Trainees: All

Wijze van presentatie: Onderzoekspaper

B3.3 / Diamond room I

Spaced learning in het medisch onderwijs: een scoping review

M. Versteeg¹, R.A. Hendriks¹, A. Thomas², B.W.C. Ommering¹, P. Steendijk¹

¹LUMC, ²McGill University

Probleemstelling

Kennisretentie kan worden vergroot door het leren te verspreiden en te herhalen over de tijd.¹ Dit wordt spaced learning genoemd. Dit psychologische fenomeen biedt uitkomst voor het medisch onderwijs waar kennisretentie van de basiswetenschappen, zoals anatomie en fysiologie, relatief beperkt is onder studenten.² Spaced learning wordt reeds toegepast in het medisch onderwijs, maar de literatuur is niet eenduidig over wat spaced learning is en hoe het optimaal kan worden ingezet. Het doel van deze scoping review is om spaced learning beter in kaart te brengen. Onze overkoepelende onderzoeksvraag is tweeledig: Hoe is spaced learning gedefinieerd en hoe wordt het toegepast in het medisch onderwijs?

Methode

De scoping review is uitgevoerd volgens het vijf-stappenplan van Arksey en O'Malley. De eerste stap was het definiëren van de specifieke onderzoeksvragen: 1A) Welke concepten worden gebruikt om spaced learning en aanverwante termen te definiëren? 1B) Hoe zijn deze termen verwant aan elkaar? 2) Welke theoretische kaders worden gebruikt? 3) Welke studieprocedures worden gebruikt? In de tweede stap werd een zoekstrategie voor spaced learning en aanverwante zoektermen uitgevoerd in vijf databases. In stap drie werden studies onafhankelijk door twee onderzoekers (MV en RH) geselecteerd aan de hand van vooraf opgestelde inclusiecriteria. Vervolgens werd als vierde stap de data verzameld in een dataverzamelingstabel die iteratief werd opgesteld en getoetst. De laatste stap was het analyseren van de data om de onderzoeksvragen te beantwoorden. Hiervoor zijn onder andere numerieke (demografische) gegevens verkregen om vraag 2 en 3 te beantwoorden. Daarnaast werden thematische en deductieve analysemethoden toegepast om thema's te destilleren voor het beantwoorden van vraag 1A en 1B.

Resultaten (en conclusie)

De zoekstrategie leverde totaal 2972 artikelen op, waarvan uiteindelijk 120 artikelen overbleven voor analyse. 1A) De 74 gevonden definities bleken elk een unieke combinatie aan thema's te bevatten, waarvan de thema's "leeractiviteit" (64/74) en "structuur" (51/74) het vaakst voorkwamen. 1B) Een uniforme definitie kon niet gevonden worden door een laag verwantschap tussen én binnen de geanalyseerde termen. 2) De meest genoemde theorieën waren het "spacing effect" (n=7) en "testing effect" (n=7). Spaced learning werd voornamelijk toegepast in online leren (48%), simulatietraining (23%), en traditioneel college-onderwijs (23%). 3) De gebruikte protocollen hadden grote variatie, waarbij zelden werd uitgegaan van eerdere literatuur of bevindingen.

Discussie

Wij concluderen dat een uniforme definitie van spaced learning afwezig is in de medische onderwijsliteratuur. Daarnaast zijn onderzoeken zelden gebaseerd op voorgaande studies en theoretische kaders. Aanbevelingen aan de onderzoeks- en onderwijspraktijk zijn: 1) Definieer spaced learning uniformer zodat vergelijking en analyse van resultaten mogelijk wordt. 2) Gebruik gedetailleerde studieprotocollen gebaseerd op eerdere literatuur en/of theoretische kaders. Optimalisatie van het spaced learning onderzoek is essentieel voor ontwikkeling van effectieve spaced learning methoden en evidence-based toepassingen in medisch onderwijs.

Referenties

1 Karpicke & Roediger. The critical importance of retrieval for learning. *Science*. 2008;319:966-968.

2 Schneid et al. How much basic science content do second-year medical students remember from their first year? *Medical teacher*. 2018;1-3.

Trefwoord: Education management: Evidence-based education

Wijze van presentatie: Onderzoekspaper

B3.4 / Diamond room I

Is 3D-visualisatie efficiënter en effectiever bij bestuderen van hand en voet anatomie dan een atlas?

M. Zilverschoon, E.J. Custers, T.J. ten Cate, R.L.A.W. Bleys
UMC Utrecht

Probleemstelling

Decennia lang zijn voor anatomie onderwijs conventionele methoden gebruikt, zoals anatomieatlassen en dissectie. Nu 3D-visualisatie technologie in toenemende mate voor het anatomie onderwijs beschikbaar komt¹, rijst de vraag hoe de efficiëntie hiervan zich verhoudt tot die van de conventionele methoden. In het UMC Utrecht is een 3D-visualisatie programma ontwikkeld dat ingezet wordt bij het onderwijs in de anatomie van de menselijke hand en voet². We voerden een experiment uit waarbij bachelor- en masterstudenten als opdracht kregen anatomische vragen te beantwoorden met behulp van een 3D-model of een atlas om verschillen tussen 3D-visualisatie en conventionele methoden in studietijd en studieresultaten te onderzoeken.

Methode

Bachelor- (2^e jaars) en masterstudenten (4^e – 6^e jaars) geneeskunde kwamen in aanmerking voor (vrijwillige) deelname. Zij werden gerandomiseerd in 4 groepen: elke deelnemer begon hetzij met de atlas, hetzij met het 3D-model, en daarnaast met vragen over de anatomie van hand of de voet. Elke deelnemer kreeg 2 opdrachten, zowel over de anatomie van de hand als van de voet. Per opdracht moesten deelnemers 20 Extended Matching Questions (EMQ's) beantwoorden met behulp van de atlas of het 3D-model. De EMQ score (range 0-50 punten) gold als maat voor hun prestatie. Ook de tijd voor het voltooien van de opdracht werd geregistreerd. De resultaten werden geanalyseerd met behulp van een lineair mixed model, met studiejaar als between-subjects factor en type instructie (atlas versus 3D-model), volgorde (eerst de 3D-visualisatie of de anatomieatlas) en anatomisch onderwerp (hand of voet) als within-subjects factors.

Resultaten (en conclusie)

In totaal deden 39 bachelor- en 37 masterstudenten mee (n = 76), afkomstig uit 2 studiecohorten (2016-2017 en 2017-2018). Wat betreft scores op de EMQ's vonden we uitsluitend een significant hoofdeffect van type instructie (atlas versus 3D-visualisatie). Geen van de andere hoofdeffecten of interacties was significant. Deelnemers die gewerkt hadden met de atlas scoorden gemiddeld 30,08 (±5,36) EMQ-punten en studenten die gewerkt hadden met het 3D-model 38,58 (±5,43), (F(1,69) = 137,42; p<0,0005, cohen's d=1,60). Bij de benodigde tijd vonden we een significant hoofdeffect van studiefase en een significant hoofdeffect van type instructie. Geen van de andere hoofdeffecten of interacties was significant. Bachelorstudenten besteedden gemiddeld 1922 (±543) seconden en masterstudenten 2381 (±737) seconden aan het beantwoorden van de vragen (F(1,68) = 17,27; p<0,0005, cohen's d=0,71). Deelnemers die gewerkt hadden met de atlas besteedden gemiddeld 2479 (±752) seconden aan het uitwerken van de EMQ's, tegen 1812 (±386) seconden voor deelnemers die werkten met het 3D-model, (F(1,68) = 84,117; p<0,0005, cohen's d=1,12).

Discussie

Uit onze studie blijkt dat studenten die werken met een 3D-model meer vragen goed beantwoorden en in minder tijd dan studenten die werken met een atlas. Onze resultaten suggereren dat 3D-visualisatie tot een betere verwerving van kennis van de anatomie van de hand of de voet leidt, dan het gebruik van een atlas hiervoor. Ook blijkt de 3D-visualisatie efficiënter, mogelijk mede omdat het bladeren in een atlas meer tijd kost dan het gebruik van het 3D-model. Vervolgonderzoek zal moeten uitwijzen of 3D-visualisatie hetzelfde effect heeft bij andere anatomische onderwerpen en of er beter behoud is van anatomische kennis op een langere termijn dan een anatomie atlas. De onverwachte bevinding dat masterstudenten meer tijd nodig hadden om de vragen te beantwoorden zou verklaard kunnen worden door het feit dat de bachelorstudenten nog recentelijk anatomie onderwijs hadden gehad, terwijl dit voor de masterstudenten al langer geleden was.

Referenties

- 1 Yammine K, Violato C, A meta-analysis of the educational effectiveness of three-dimensional visualization technologies in teaching anatomy, *Anat Sci Educ*, 8 (6), 525–538.
- 2 Zilverschoon M, Vincken KL, Bleys RLAW, The virtual dissecting room: Creating highly detailed anatomy models for educational purposes, *J Biomed Inform*, 65 (2017), 58-75

Trefwoord: Teaching & learning: e-learning/computers

Wijze van presentatie: Onderzoekspaper

B4.1 / Diamond room II

'Als ik vliegreuen zeg, bedoel ik': een kwalitatief onderzoek onder opleiders met organizational socialization als raamwerk voor analyse

G. Galema, M.M. Boer, J. Pols, A.D.C. Jaarsma, J.K.G. Wietasch
UMC Groningen

Probleemstelling

Opleiders zeggen dat pas-afgestudeerde artsen vliegreuen moeten maken voor ze in opleiding kunnen komen. Ze ervaren blijkbaar een discrepantie tussen wat pas-afgestudeerde artsen tijdens de studie geneeskunde leren en wat nodig is om te starten met een vervolgoopleiding. Deze discrepantie wordt niet alleen in Nederland gezien, maar ook gesignaleerd door opleiders in de VS (1). Het roept de vraag op wat pas-afgestudeerde artsen leren als ze vliegreuen maken.

Theoretisch kader

De huidige literatuur over de transitie van geneeskundestudent naar arts richt zich met name op hoe goed ze worden voorbereid op de medisch inhoudelijke aspecten van het vak (2), maar het werken in hun eerste baan vergt ook andere uitdagingen. Een theoretisch raamwerk dat een breed perspectief biedt op wat startende werknemers moeten leren, is organizational socialization (OS). OS komt uit de arbeidspsychologie en richt zich op het leer- en aanpassingsproces dat ervoor zorgt dat individuen hun rol binnen de organisatie oppakken en voldoen aan de behoeften van de organisatie en van zichzelf (3). De meest gebruikte indeling voor de inhoud van OS kent 6 dimensies die betrekking hebben op het leren van:

1. Vakspecifieke bekwaamheden
2. Interacties (taak- en niet-taak gerelateerd)
3. Informele relaties en machtsstructuren
4. Doelen en waarden van de organisatie (afdeling, vakgroep, ziekenhuis)
5. Geschiedenis van de organisatie / belangrijke personen
6. Jargon

Het doel van deze studie is vaststellen 1) wat supervisors observeren dat pas-afgestudeerde artsen leren als ze starten met werken 2) in hoeverre dit past binnen de 6 dimensies van OS.

Methode

Semi-gestructureerde interviews zijn afgenomen met supervisors die frequent samenwerken met pas-afgestudeerde artsen. De interviews zijn opgenomen, getranscribeerd en vervolgens geanalyseerd middels template analysis. Er is een codeset (template) ontwikkeld op een deel van de data; dit is inductief (vanuit de interviews) gestart en vervolgens deductief (vanuit de 6 dimensies van OS) aangevuld. De overige interviews zijn met deze codeset geanalyseerd.

Resultaten (en conclusie)

Er zijn 17 interviews afgenomen bij supervisors van verschillende specialismen en ziekenhuizen. Hun observaties zijn in te delen in vier dimensies van OS:

1. Vakspecifieke bekwaamheden: bijvoorbeeld medische inhoudelijke aspecten van het vak en efficiënt werken
2. Interacties: zowel taak als niet-taak-gerelateerd met collega-artsen, supervisors en verpleegkundigen
3. Relaties en machtsstructuren: bijvoorbeeld het handig benaderen van collega's in andere specialismen
4. Doelen en waarden: bijvoorbeeld doordat assistenten en supervisors beide kijken of het vak bij de assistent past

De mate waarin supervisors de dimensies benoemen varieert en ze spreken niet over de geschiedenis van de organisatie en het jargon. Concluderend: supervisors observeren dat pas-afgestudeerde artsen bij het maken van vliegreuen zich ontwikkelen op 4 van de 6 dimensies van OS.

Discussie

Door het toevoegen organizational socialization als raamwerk voor analyse wordt het beeld van uitdagingen voor pas-afgestudeerde artsen genuanceerder. Naast medisch inhoudelijke aspecten van het werk observeren supervisors ook andere aspecten van socialisatie (zie resultaten 2-4). De observaties van de supervisors roepen de vraag op welke uitdagingen pas-afgestudeerde artsen zelf ervaren.

Referenties

- 1 Englander R, Flynn T, Call S, Carraccio C, Cleary L, Fulton TB, et al. Toward defining the foundation of the MD Degree: Core entrustable professional activities for entering residency. *Acad Med.* 2016;91(10):1352–8.
- 2 Monrouxe L V., Grundy L, Mann M, John Z, Panagoulas E, Bullock A, et al. How prepared are UK medical graduates for practice? A rapid review of the literature 2009-2014. *BMJ Open.* 2017;7(1).
- 3 Chao GT. Organizational Socialization: Background, Basics, and a Blueprint for Adjustment at Work. Vol. 1, *The Oxford Handbook of Organizational Psychology.* 2012. 1-66 p.

Trefwoord: Medical education: Postgraduate education, Medical education: Undergraduate education, Learning outcomes: All

Wijze van presentatie: Onderzoekspaper

B4.2 / Diamond room II

High-value, cost-conscious care: een kans voor de basisopleiding?

L.A. Stammen, C. Notermans, E.W. Driessen, R.E. Stalmeijer
Universiteit Maastricht

Probleemstelling

De laatste jaren is er veel aandacht voor onderwijs gericht op het leveren van kwalitatieve zorg waarbij rekening wordt gehouden met de voordelen, risico's en kosten van de geleverde zorg. Deze zorg wordt vaak geduid als high-value, cost-conscious care (HV3C) of doelmatige zorg. Kennis, reflectie op eigen handelen en een ondersteunende omgeving zijn kenmerken van effectieve onderwijs-interventies.¹ Kennis over het moment waarop deze onderwijs-interventies geïmplementeerd dienen te worden ontbreekt. Huidig onderzoek en onderwijsinterventies richten zich met name op de arts-assistenten in opleiding tot medisch specialist. Denkend in de vorm van een onderwijs-continuüm zou het voor de hand liggen om de principes van HV3C te integreren in de geneeskunde-opleiding. Ondanks het erkende belang van het thema door de Nederlandse geneeskunde-opleidingen schreef van Venrooij dat er geen gestructureerde aandacht is voor kostenbewustzijn binnen de basisopleiding.² Onze onderzoeksvraag luidt als volgt: *hoe en wat leren geneeskunde studenten over doelmatigheid in de geneeskunde-opleiding?* Daarnaast waren we, met het oog op de ontwikkeling van toekomstig onderwijs geïnteresseerd in de leerbehoeftes van geneeskunde-studenten rondom het thema doelmatigheid.

Methode

Voor het beantwoorden van onze onderzoeksvraag hebben we focusgroepen gehouden met studenten van het masterprogramma van de Universiteit Maastricht. Een totaal van 4 focusgroepen zijn uitgevoerd in de periode november 2018 en februari 2019. Op het moment van data-verzameling waren er voor de co-assistenten geen identificeerbare onderwijsactiviteiten rond het thema HV3C. Alle deelnemers (n=30) hadden op het moment van deelname meer dan 12 maanden ervaring in de masterfase, welke zich kenmerken door klinische stages. Het proces van data-verzameling en data-analyse was iteratief en gebaseerd op de principes van grounded theory.

Resultaten (en conclusie)

Data-analyse laat zien dat co-assistenten zowel formele als informele onderwijsmomenten verbinden met HV3C, maar dat deze onderwijsmomenten zelden tot nooit expliciet gekoppeld worden aan HV3C. Met betrekking tot informeel onderwijs is het stellen van kritische vragen aan en door de begeleider op de werkplek (meestal een medisch specialist) de belangrijkste. Deze begeleider geeft inzicht in de overwegingen behorende bij medische beslissingen. Daarnaast observeren co-assistenten klinische situaties waarbij er, in hun beleving, onvoldoende aandacht is voor de risico's voor de patiënt, de kosten van de zorg, of de wensen van de patiënt. Co-assistenten gebruiken deze observaties om te reflecteren op hun eigen professionele identiteit ('wat voor dokter wil ik worden') waarbij er veel aandacht is voor context factoren welke het gebrek aan HV3C zouden kunnen verklaren (defensieve geneeskunde, financiële prikkels, tijdsdruk). De leerbehoefte van co-assistenten ligt in de bachelor met name bij introductie van het thema en het expliciteren van het klinisch redeneren met argumenten als voordelen, nadelen en kosten. In de master-fase zouden co-assistenten met name patiënten-casuïstiek willen bespreken in relatie tot HV3C, en deelgenoot worden gemaakt van overwegingen van de dokter.

Discussie

Co-assistenten herkennen en gebruiken huidige HV3C leermomenten, zowel informeel als formeel voor het leren van doelmatigheid. Deelnemers benoemen een leerbehoefte startende in de bachelorfase, met aandacht voor kennismaking met het onderwerp en het aanleren van communicatie-vaardigheden welke nodig zijn voor het bespreken van HV3C met patiënten. In de masterfase is er met name een behoefte aan inzicht in het klinisch redeneren van de dokter rondom HV3C. Integratie binnen het huidige onderwijs krijgt de voorkeur boven losstaande onderwijsinterventies. Vanuit onderwijskundig perspectief is het wenselijk om HV3C vroeg in de opleiding te introduceren aan de hand van patient-casuïstiek en op meerdere momenten gedurende basis en medische vervolgopleiding aan bod te laten komen.

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 Venrooij van T. (2016). Kostenbewustzijn kun je leren. *Ned Tijdschr Geneeskd*. 2016;160:C2894

Trefwoord: Curriculum: General, Learning outcomes: Health economics, Medical education: Undergraduate education

Wijze van presentatie: Onderzoekspaper

B4.3 / Diamond room II

Cultuur als obstakel voor effectieve patiënten behandeling: een constructivistische analyse van culturele diversiteit in het medisch curriculum

A. Zanting, J. Frambach, A. Meershoek, A. Krumeich
Universiteit Maastricht

Probleemstelling

Ondanks aandacht voor culturele diversiteit in het medisch onderwijs blijkt implementatie van culturele training vaak lastig: studenten vinden het onderwerp irrelevant, stereotypen dreigen herbevestigd te worden, en er wordt gewerkt met verschillende trainingsmethoden en betekenissen van culturele diversiteit. ¹ Onderzoek in andere disciplines heeft laten zien dat de gebruikte notie van culturele diversiteit ertoe doet: de interpretatie van het begrip culturele diversiteit heeft gevolgen voor de praktijk en betrokkenen. ² Voor de gezondheidszorg betekent dit dat de gehanteerde betekenis van culturele diversiteit invloed heeft op de behandeling van patiënten.

Theoretisch kan de notie van culturele diversiteit variëren van enerzijds statisch, gebaseerd op vaste categorieën, tot anderzijds een meer dynamisch begrip, waarin cultuur gezien wordt als continu veranderlijke dagelijkse praktijken. We gebruikten deze theoretische noties om op een innovatieve manier naar het medisch curriculum te kijken, en onderzochten hoe culturele diversiteit in het medisch onderwijs wordt geconstrueerd en welke impact dat heeft op curricula.

Methode

We bestudeerden het onderwijsmateriaal van drie verschillende bachelor programma's van twee Nederlandse universiteiten. Deze bewust geselecteerde curricula varieerden qua instructietaal en studenten populatie. Met een constructivistische benadering analyseerden we hoe de meer dan 40 cursusbeschrijvingen al dan niet verwezen naar verschillen, en hoe deze verschillen werden gelabeld in termen van cultuur (bijv. achtergrondinformatie van patiënten en omstandigheden). Via een iteratief proces ontwikkelden we uit de tekstfragmenten patronen en overkoepelende thema's.

Resultaten (en conclusie)

De analyse leidde tot vier mechanismen waarmee culturele diversiteit in het medisch curriculum werd geconstrueerd:

de hoeveelheid aandacht voor cultuur in het medisch curriculum verschilde: terwijl cultuur een belangrijk aspect was in specifieke cursussen en in het Engelstalig curriculum, kwam het weinig aan bod in kernvakken;

in patiënt casussen leek cultuur vooral te refereren naar mensen of omstandigheden buiten Nederland of de Westerse wereld;

cultuur verwees voornamelijk naar statische brede categorieën;

de relatie tussen cultuur en een medisch verschijnsel leidde vaak tot een causatie-correlatie misverstand.

Gezamenlijk leidden deze mechanismen tot een notie van culturele diversiteit als iets exotisch, afwijkend van een onbewuste Nederlandse of Westerse norm, en daarom problematisch.

Discussie

Het fenomeen dat patiënten als afwijkend niet-Westers worden gepresenteerd en het medisch curriculum niet cultureel-neutraal zou zijn, is niet nieuw in de medische onderwijs literatuur. Door de gebruikte theoretische invalshoek laat dit onderzoek echter zien hoe dit fenomeen van 'othering' ingebed is in het medisch curriculum.

We beargumenteren dat deze ingebedde notie van 'problematische ander' kan leiden tot afwezigheid van aanknopingspunten voor verder (medisch) handelen, en tot onzekerheid bij (toekomstige) artsen over de vraag of de bestaande richtlijnen t.a.v. medische diagnose en patiënt behandeling toereikend en van toepassing zijn.

Teneinde de kwaliteit van het medisch onderwijs te verbeteren, suggereren wij om in het *hele* curriculum meer aandacht te hebben voor de diverse omstandigheden van en genetische verschillen tussen patiënten, en statische verwijzingen naar cultuur (zoals nationaliteit, religie en etniciteit) achterwege te laten. Hiermee wordt tegemoetgekomen aan de opgemerkte implementatie-uitdagingen.

Omdat dit onderzoek zich slechts richtte op tekstueel onderwijsmateriaal in een Nederlandse context, is het interessant om in vervolgstudies te kijken naar hetzelfde fenomeen in andere onderwijsformats en andere landen.

Referenties

- 1 Dogra, N., Reitmanova S., and Carter-Pokras, O. (2009); Teaching Cultural Diversity: current status in U.K., U.S., and Canadian Medical Schools, in: *J Gen Intern Med* 25 (Suppl 2):164–8 DOI: 10.1007/s11606-009-1202-7
- 2 Yanow D. and Van der Haar M. (2013); People out of place: allochthony and autochthony in the Netherlands' identity discourse — metaphors and categories in action, in: *Journal of International Relations and Development* (2013) 16, 227–261 DOI:10.1057/jird.2012.13

Trefwoord: Curriculum: All, Learning outcomes: All

Wijze van presentatie: Onderzoekspaper

Social Accountability in het medisch curriculum, hoe leiden we maatschappelijk verantwoorde artsen op?

J.H. Loosveld¹, H.S.M. Geerts²

¹Erasmus MC, ²Erasmus Universiteit

Thema

De WHO definieert *Social Accountability* met betrekking tot medisch onderwijs als “de verplichting om de opleiding, onderzoek en diensten te richten naar de gezondheidsprioriteiten en behoeften van de gemeenschap, regio en/of natie”. De medische faculteiten en het gezondheidssysteem hebben de uitdaging om een hoge kwaliteit gezondheidszorg te leveren. Hierbij hebben de faculteiten de verantwoordelijkheid ten opzichte van de maatschappij om te voorzien in maatschappelijk verantwoorde gezondheidszorgwerkers.

De huidige curricula focussen voornamelijk op de zorg die wordt geleverd in academische centra. Er is minder aandacht voor de daadwerkelijke gezondheidsbehoeften van de samenleving die de artsen van de toekomst zullen dienen. Om maatschappelijk verantwoorde artsen op te kunnen leiden, moet medisch onderwijs dynamisch zijn en zich kunnen aanpassen aan de groeiende en veranderende eisen van patiënten en van de samenleving. *Social Accountability* als basis in de medische curricula creëert een dialoog tussen alle partijen en stimuleert constructieve monitoring van de prioriteiten van de medische faculteiten. Medisch onderwijs moet niet enkel investeren in het verbeteren van het gezondheidszorgsysteem, maar ook in het leveren van artsen die uitgerust zijn met de nodige kennis en vaardigheden om een positieve impact op de gezondheidsstatus van de gemeenschap te maken.

Doel

Het doel van de rondetafel sessie is om de noodzakelijkheid van *Social Accountability* in het geneeskunde onderwijs toe te lichten en dit te koppelen aan het opleiden van maatschappelijk verantwoorde artsen. Daarnaast presenteren we de resultaten uit een onderzoek gedaan over de acht geneeskunde faculteiten met betrekking tot *Social Accountability* in het curriculum. Aan de hand daarvan bespreken we de concrete stappen die we kunnen zetten om *socially accountable* faculteiten te vormen.

Doelgroep

Deze sessie is gericht op medisch professionals, onderwijscoördinatoren, onderwijskundigen en medisch studenten.

Opzet: activiteiten en opbrengst

De sessie start met een korte workshop over het begrip *Social Accountability* en de principes die hierbij betrokken zijn. Hierna zal er aan de hand van enkele stellingen een discussie worden gevoerd waarbij de verschillende visies omtrent het onderwerp worden belicht. We zullen de koppeling maken naar het belang van *Social Accountability* voor de gezondheidszorg in Nederland aan de hand van de resultaten van een enquête die in de medische faculteiten is uitgevoerd. Tot slot wordt er nagedacht over een mogelijk actieplan.

Referenties

1 Dijk, S. et al. (2017) *Students' toolkit on Social Accountability in medical schools*. Uit: IFMSA database

2 International Federation of Medical Students' Associations (2018) *IFMSA Action Plan for Social Accountability 2018/2020*. Uit: IFMSA database

Max aantal deelnemers: 40

Trefwoord: Curriculum: Community-based, Teaching & learning: Theories of education, Medical education: All

Wijze van presentatie: Rondetafel sessie

Selecteren om te studeren: rechtvaardig of kwaadaardig?

J.W. Bruggeman¹, F. van de Zuidwind¹, A. van Trigt², K. Cleutjens², M.A. Westerhof²

¹De Geneeskundestudent, ²Namens de NVMO werkgroep selectie

Thema

Met een toelatingspercentage van 30% is geneeskunde een populaire studie. Sinds 2015 is de loting afgeschaft, en worden alle nieuwe geneeskundestudenten geselecteerd. Daarnaast uiten verschillende instanties al geruime tijd zorgen over het ontmoedigende effect dat het leenstelsel kan hebben op scholieren die willen gaan studeren, in het bijzonder scholieren uit een lager sociaal economisch milieu of met een migratieachtergrond. De lange duur en de bijkomende hogere kosten van de studie geneeskunde zijn hierbij versterkende factoren.

Uit de jaarlijkse enquête van De Geneeskundestudent blijkt dat veel geneeskundestudenten bewust extracurriculaire activiteiten hebben verricht met als hoofd**Doel** om de studie geneeskunde binnen te komen. Daar komt bij dat steeds meer studenten een cursus volgen om beter te presteren tijdens de selectieprocedure. Dergelijke dure cursussen, oplopend tot wel €425 voor 2 dagen, zijn schadelijk voor de toegankelijkheid van de studie. Het tot dusverre gepubliceerde onderzoek naar de effectiviteit van selectie laat een wisselend beeld zien. Er is duidelijk behoefte aan het identificeren van sterktes en verbeteringen.

Leden van De Geneeskundestudent en leden van de NVMO werkgroep Selectie gaan met de deelnemers in discussie over wat er redelijkerwijs verwacht mag worden van scholieren die geneeskunde willen gaan studeren, zonder dat dit de toegankelijkheid overmatig schaadt.

Doel

Het doel is discussie en het aandragen van suggesties voor een selectiemethode die niet ten koste gaat van de toegankelijkheid tot de studie.

Doelgroep

- Personen betrokken bij de selectie van studenten
- Beleidsmakers
- Geneeskundestudenten

Opzet: activiteiten en opbrengst

Introductie en presentatie over toegankelijkheid van de geneeskunde om de deelnemers voldoende te informeren zodat een geïnformeerde discussie gevoerd kan worden.

Middels een online stelsysteem zal de inbreng van deelnemers geprojecteerd worden, en gaan we gezamenlijk in discussie over de volgende vraagstukken:

Stelling: De manier van selectie van geneeskundestudenten biedt elke kandidaat een eerlijke kans om toegelaten te worden tot de opleiding decentrale selectie. Het doel is om overeenstemming te creëren onder de aanwezigen over of beperkte toegankelijkheid een probleem is, en zo ja: hoe groot.

Welke factoren belemmeren de toegankelijkheid tot de studie geneeskunde? Het doel is om van gedachten te wisselen over de (al dan niet onvoldoende) toegankelijkheid van de opleiding, en wat dit betekent voor scholieren, (toekomstig) artsen, patiënten en het medische beroep als geheel.

De groep zal vervolgens verdeeld worden in groepen van 5-6 personen, waarin men enkele kernwaarden van de selectie opstelt die inhaken op de voorgaande discussie

Per groep zal 1 deelnemer in 1 minuut aangeven wat de belangrijkste aanbevelingen zijn vanuit de groep.

De moderator geeft een samenvatting van de kernpunten uit de discussie en de aangedragen oplossingen.

Max aantal deelnemers: 30

Trefwoord: Education management: Selection of students/trainees

Wijze van presentatie: Rondetafel sessie

F. Biwer, A.B.H. de Bruin, M.G.A. Oude Egbrink
Universiteit Maastricht

Thema

Als studenten met hun medische opleiding beginnen wordt verwacht dat zij hun leren zelf kunnen sturen. Vooral in medisch onderwijs is het zelfgestuurd leren en leren voor de langetermijn belangrijk. Echter, onderzoek uit cognitieve psychologie laat zien dat 60-90% van de studenten regelmatig ineffectieve strategieën gebruikt tijdens zelfgestuurd leren, zoals herlezen. Uit onderzoek blijkt tevens dat juist leerstrategieën die moeilijkheden tijdens het leren creëren het langetermijngeheugen en transfer naar andere contexten bevorderen¹. Deze zogenaamde *desirable difficulties* kunnen worden gecreëerd door bijvoorbeeld het spreiden van oefenmomenten in de tijd of door het maken van een oefentest om actief informatie op te halen uit het geheugen. Studenten hebben vaak moeite om dergelijke effectievere maar inspannende leerstrategieën in de praktijk te gebruiken.

Doel

Om een brug te slaan van de kennis uit onderzoek naar de praktijk van studenten hebben wij, in een samenwerkingsproject tussen alle faculteiten van Universiteit Maastricht en gesponsord door een Comenius Teaching Fellowship, de 'Study-Smart-Training' ontwikkeld. De training is be**Doeld** om het bewustzijn van studenten over effectieve leerstrategieën te vergroten, reflectie op en gebruik van effectieve leerstrategieën te bevorderen. In deze workshop zullen wij de Study-Smart-training presenteren en de deelnemers een deel van de training interactief laten ervaren, om hun kennis van effectieve leerstrategieën te vergroten en mogelijkheden te bieden dit naar hun onderwijspraktijk te vertalen.

Doelgroep

Iedereen die is geïnteresseerd in het ondersteunen van effectieve leerstrategieën en zelfgestuurd leren van studenten. Docenten, studieadviseurs, en opleidingsdirecteuren betrokken bij gezondheidszorgonderwijs kunnen profiteren van de laatste inzichten uit onderzoek op dit terrein en van onze ervaringen met het trainen van effectieve leerstrategieën.

Opzet: activiteiten en opbrengst

De workshop maakt gebruik van groepsleren, individuele oefeningen en een gemodereerde plenaire discussie. We bouwen voort op de ervaringen van deelnemers en hun kennis over effectieve leerstrategieën. De workshop begint met een interactieve presentatie over de wetenschap en basisprincipes van effectief leren. Daarna worden deelnemers uitgedaagd om te discussiëren of en hoe deze principes kunnen worden toegepast in hun eigen onderwijscontext. Ten slotte willen we aandacht besteden aan de details van ons trainingsprogramma en onderzoeksresultaten m.b.t. de 'Study-Smart-Training'.

Deelnemers van de workshop kunnen de wetenschappelijke basisprincipes van effectieve leerstrategieën uitleggen, het belang van 'desirable difficulties' bij het uitvoeren van effectieve leerstrategieën uitleggen, en ideeën genereren over hoe ze studenten kunnen ondersteunen in de ontwikkeling van zelfgestuurd leren en de transitie van ineffectieve naar effectieve leerstrategieën faciliteren.

Referenties

1 Dunlosky, J., Rawson, K. A., Marsh, E. J., Nathan, M. J., & Willingham, D. T. (2013). Improving students' learning with effective learning techniques: Promising directions from cognitive and educational psychology. *Psychological Science in the Public Interest*, 14(1), 4-58.
doi:10.1177/1529100612453266

Max aantal deelnemers: 30-40

Trefwoord: Teaching & learning: Study skills, Learning outcomes: Life-long learning

Wijze van presentatie: Workshop

B8 / Penn room I

Interprofessioneel opleiden: zo raken studenten en hun opleiders er voor gemotiveerd

C.L.F. Visser¹, S.Oosterbaan², M. Stoffels¹, J. Kors³, D. Döpp¹, R. de Vos⁴

¹Amsterdam UMC loc. VUmc, ²OLVG-West, ³Academie voor Verloskunde Amsterdam Groningen,

⁴ Amsterdam UMC loc. AMC

Thema

In literatuuronderzoek, op een afdeling Interne geneeskunde en op een Kraamafdeling is promotieonderzoek gedaan naar de kenmerken van interprofessioneel opleiden die studenten en hun begeleiders kunnen motiveren voor het leren met, over en van elkaar (definitie IPE van CAIPE 2015). Het betreft 7 kenmerken, die in de samenvatting van het proefschrift in het tijdschrift *Onderwijs & Gezondheidszorg* 2019 (3) zijn beschreven.

Doel

Deelnemers aan de workshop kunnen hun (beoogde) interprofessionele onderwijs voorzien van of checken op de zeven kenmerken die interprofessioneel opleiden waardevol maken, waardoor de kans op interprofessioneel samenwerken in de toekomst wordt vergroot.

Doelgroep

docenten, praktijkopleiders, onderwijskundigen, studenten.

Opzet: activiteiten en opbrengst

Kenschets van motivatie voor IPE (10 min). Betrokkenen bij de twee interprofessionele afdelingen presenteren de zeven kenmerken met een toelichting (15 min). De deelnemers ontvangen de zeven kenmerken beschreven in een hand out. Vervolgens gaan de deelnemers in subgroepen aan de slag om voor hun eigen onderwijs twee van de zeven kenmerken te verkennen: check of hun onderwijs het kenmerk recht doet of het kenmerk in een ontwerp betrekken (20 min). Dit in groepen bespreken van 2 kenmerken levert de noodzakelijke diepte op. Daarna worden de resultaten uit de verschillende groepen besproken om het totaal overzicht en inzicht op te leveren. (20 min). In een wrap up/evaluatie komen de belangrijkste bevindingen van de deelnemers aan bod (10 min).

Max aantal deelnemers: 30

Trefwoord: Curriculum: Inter-professional, Medical education: Undergraduate education, Learning outcomes: Patient management / prescribing

Wijze van presentatie: Workshop

Reflectie stimuleren: wanneer, hoe, en met welk effect?

M. van Braak¹, M. Veen¹, M. Huiskes²

¹Erasmus MC, ²Rijksuniversiteit Groningen

Thema

Reflectie stimuleren.

Doel

Het doel van deze workshop is deelnemers een palet aan handelingsmogelijkheden te laten zien die zij kunnen inzetten om reflectie te stimuleren tijdens schakelmomenten in reflectie-onderwijs. Dit palet is gebaseerd op empirisch, gespreksanalytisch onderzoek naar groepsreflectie-onderwijs op de acht Nederlandse huisartsopleidingen. Na afloop zijn deelnemers in staat deze handelingsalternatieven toe te passen in nieuwe onderwijssituaties.

Doelgroep

Docenten reflectie-onderwijs.

Opzet: activiteiten en opbrengst

Aan de hand van authentieke videofragmenten van groepsreflectie-onderwijs bespreken we drie schakelmomenten of kernhandelingen van docenten: de eerste docentbijdrage in groepsreflectie op een praktijkervaring, emoties bespreekbaar maken, en het inbrengen van eigen ervaringen als docent. Door de videofragmenten steeds te pauzeren als een andere deelnemer in het opgenomen reflectie-onderwijs de beurt krijgt, ervaren deelnemers het onderwijs 'live' en kunnen we gezamenlijk de handelingsmogelijkheden van de docent bespreken *as the interaction unfolds*.

Max aantal deelnemers: 30

Trefwoord: Teachers/Trainers: Faculty/Staff development, Learning outcomes: Reflection / Critical thinking / decision-making / clinical reasoning

Wijze van presentatie: Workshop

B10.1 / JF Staal room

Online platform voor inzicht in de inhoud, samenhang en consistentie van curricula

T.H.F. Broens, J. Visschedijk, H.B. Lont
Amsterdam UMC loc. AMC

Context/probleemstelling of aanleiding

Een goed curriculum wordt onder meer gekenmerkt door goede uitlijning van de inhoud en opbouw van leerdoelen, werkvormen en toetsing. Het is echter lastig om deze uitlijning zodanig inzichtelijk te maken dat docenten, onderwijscoördinatoren en opleidingsmanagement kunnen sturen op deze elementen. Een curriculum is een complex geheel van vakken (>10), leerdoelen (>100), toetsen (>50) en leeractiviteiten (>1000) die op verschillende manieren aan elkaar relateren. Huidige spreadsheet-gebaseerde curriculumoverzichten zijn beperkt in de weergave van deze verschillende elementen en hun relaties. Ze zijn moeilijk om gezamenlijk te creëren en te onderhouden en daarmee vaak incompleet. Ook zijn ze foutgevoelig en verouderen ze snel. Het is moeilijk om uit de 'spreadsheet-brei' van informatie inzicht te verkrijgen over de inhoudelijke opbouw en eventuele hiaten en overlap te herkennen.

Beschrijving van de interventie/innovatie

Het Amsterdam UMC locatie AMC heeft een online platform (act-E) ontwikkeld dat benoemde problemen aanpakt. Act-E stelt gebruikers in staat om gezamenlijk online curriculum informatie te verzamelen en te relateren. Via visualisaties kan de inhoud, structuur en opbouw van een curriculum op een efficiënte en inzichtelijke manier worden geanalyseerd.

Ervaringen/analyse van de implementatie

Het platform wordt succesvol ingezet bij de bachelor Geneeskunde en bachelor/master Medische Informatiekunde (MI) in het AMC, en enkele andere opleidingen van de UvA en daarbuiten. Ter illustratie, het wordt gebruikt voor co-creatie van het vernieuwde MI bachelor curriculum en validatie van het recent vernieuwde bachelor Geneeskunde curriculum.

Lessons learned (implicaties voor de praktijk)

Initiële feedback van gebruikers leert dat het gebruik van het platform heeft geleid tot beter inzicht in de structuur en consistentie van curricula. Het gestructureerd opslaan van curriculum gegevens maakt het mogelijk om kruisverbanden op een helder manier inzichtelijk te maken. Ter illustratie, de dekking van eindtermen en het raamplan, de opbouw van leerlijnen (inhoud en niveau) en de verspreiding van onderwerpen door het curriculum wordt als zeer waardevol ervaren. Vervolgens zijn de gegevens en weergaves zeer nuttig voor onderwijsaccreditaties. Gegevens worden uit de 'hoofden' van betrokkenen gebundeld in een gemeenschappelijk kennisbasis. Hierdoor kunnen manager en docenten effectiever in gesprek gaan over de uitlijning van onderdelen in curricula. Ook is er minder verlies van informatie bij verloop van docenten. Uitdagingen in het gebruik zitten in het initieel vullen van de informatie, enerzijds door de moeite die dit kost, anderzijds door de beperkte beschikbaarheid van gegevens die moeten worden verzameld om het geheel compleet te krijgen. Toekomstige ontwikkelingen richten zich o.a. op aanpassingen die docenten helpen om hun vakken binnen het kader van een uitgelijnd curriculum te ontwerpen en te onderhouden.

Trefwoord: Curriculum: General, Education management: All

Wijze van presentatie: Praktijkpaper

B10.2 / JF Staal room

Peer support: breder dan alleen opleiden voor je eigen ziekenhuis, een belangrijke stap in duurzaam omgaan met zorgverleners!

C.A.M. Buis

Noordwest Ziekenhuisgroep

Context/probleemstelling of aanleiding

Zorgverleners die te maken krijgen met een incident, danwel met tuchtrechtelijke zaken worden in Angelsaksische literatuur beschouwd als second victims. Gevolgen zijn cognitief, emotioneel als gedragsmatig. Uit systematisch review blijkt dat bij aanhoudende klachten dit niet alleen gevolgen heeft voor zorgverlener zelf, maar ook voor patiënten en collega's van betrokken zorgverlener. Diverse onderzoeken tonen dat ondersteuning door getrainde collega's sterk gewaardeerd wordt. (1). Implementatie en borging van zorgvuldige opvang is binnen Noordwest een organisatie brede verantwoordelijkheid van zorgverlener tot Raad van Bestuur (RvB).

Beschrijving van de interventie/innovatie

Speciaal samengestelde peer support commissie startte met opzetten van peer support en verzorgen van training en bijscholing. Uiteindelijke doel is creëren cultuur waarbij inzet van peer support en zorgen voor elkaar na een incident een algemeen goed wordt.

Tijdens vergaderingen, onderwijsmomenten en op in- en externe congressen worden presentaties over belang, doel en werkwijze gegeven.

Inventarisatie deelnemers vond plaats middels brief vanuit beleidscentrum naar alle medisch specialisten en verpleegkundigen. Begin 2019 zijn arts-assistenten in opleiding (aios) gevraagd deel te nemen.

Samenwerking specialisten en huisartsen uit zich o.a. middels jaarlijks meerdaags symposium. Hierin ontstond wens bij huisartsen voor peer support. Door actieve steun van RvB Noordwest konden huisartsen deelnemen aan reeds lopende trainingen.

Ervaringen/analyse van de implementatie

In drie trainingen zijn 36 peer supporters opgeleid van verschillende disciplines; aios, verpleegkundige en medisch specialist. Zijdelings betrokken disciplines namen ook deel, zoals juridisch adviseur RvB, beveiligingsmedewerker en leden calamiteitencommissie.

Deelnemers zijn positief over training en rol als peer supporter.

Deelname stimuleerde de huisartsen peer support voor regio Kop van Noord-Holland (HKN) en Noord Kennemerland (HONK) op te zetten. Huisartsen uitten noodzaak peer support training op te nemen in huisartsenopleiding.

Van 2016-april 2019 zijn peer supporters 21 keer ingezet en zijn tussen de 1 en 3 gesprekken gevoerd. Intervisie wordt 2 x per jaar aangeboden, hierbij nog zoekende welke vorm het beste aansluit.

Lessons learned (implicaties voor de praktijk)

Steun RvB is essentieel. Na start met externe trainers kan vervolg aanpak met interne trainers.

Deelname intervisie 2019 bepaalt voortzetting of keuze andere vorm.

Het loont verder te kijken dan eigen personeel en ook op te leiden voor de regio, teneinde in de beroepsgroep een cultuur te creëren dat praten over hetgeen je raakt bij een incident danwel tuchtzaak hoort bij zelfzorg en je professionele ontwikkeling, teneinde het vak waar je zo van houdt vitaal te blijven vervullen.

Referentie

1 Vanhacht K. e.a. Medisch Contact 2017, Onbedoelde schade treft ook de arts

Trefwoord: Learning outcomes: Professionalism / attitude / ethics, Learning outcomes: Patient safety / errors, Medical education: All

Wijze van presentatie: Praktijkpapier

R.G.F. Dolmans¹, C.S.J. Everlo², I.A.C. de Vries³, T.M. Bisseling⁴

¹UMC Utrecht, ²UMC Groningen, ³Vereniging Arts en Leefstijl, ⁴Radboudumc

Context/probleemstelling of aanleiding

Voedings- en leefstijlgerelateerde gezondheidsproblemen kennen in de Westerse Wereld een toegenomen, niet te negeren incidentie. In 2018 had 50,2% van de Nederlandse volwassenen overgewicht, waarvan 15,0% obesitas¹. In 2017 werden 60.200 nieuwe patiënten met diabetes bij de huisarts gediagnosticeerd, in totaal waren er naar schatting ruim 1,1 miljoen Nederlanders met diabetes mellitus¹. Inzet van voedings- en leefstijlmaatregelen kan resulteren in een aanzienlijke gezondheidswinst. Bovendien kan dit een kostenbesparend effect hebben op het nationale zorgbudget. TNO liet zien dat een besparing aan medische kosten van 2.7 miljard euro in 5 jaar mogelijk is, als 40% van de mensen met diabetes mellitus type 2 in remissie komt². De huidige medische opleidingen voorzien maar beperkt in de ontwikkeling van kennis en kunde over voeding en leefstijl. Gezien de relevantie hiervan gerelateerd aan preventie en behandeling van ziekte is het noodzakelijk om toekomstige artsen hierin op te leiden. Deze kennissynthese analyseert de actuele stand van zaken met betrekking tot onderwijs over voeding en leefstijl aan alle faculteiten Geneeskunde in Nederland.

Beschrijving van de interventie/innovatie

Het curriculum van de bachelor Geneeskunde op alle 8 faculteiten in Nederland werd geanalyseerd op de aanwezigheid van onderwijs over voeding, leefstijl en gezondheidsbevordering. Daarnaast werd onderwijs over zeldzame aandoeningen, aandoeningen met een hoge ziektelast, obesitas en farmacologie geanalyseerd. De verschillende onderwijsvormen per faculteit werden onderverdeeld in actief (werkgroepen, practica etc.) versus passief (hoorcolleges, patiëntdemonstratie etc.) onderwijs.

Ervaringen/analyse van de implementatie

Gemiddeld krijgt een student Geneeskunde in de bachelorfase 53 uur onderwijs (4,4%) over voeding, leefstijl en gezondheidsbevordering. Hiervan wordt 37 uur (70,5%) besteed aan actief onderwijs en 16 uur (29,5%) aan passief onderwijs. Er is een groot verschil in de hoeveelheid onderwijs die gegeven wordt over voeding, leefstijl en gezondheidsbevordering tussen de medische faculteiten: de UvA en Leiden besteden hier gedurende de bachelor ongeveer 100 uur (resp. 5.12% en 4.77%) aan, terwijl in Groningen onderwijs binnen dit thema maar 13 uur (1,7%) van de bachelor in beslag neemt. In Maastricht wordt verhoudingsgewijs het meeste onderwijs gegeven over voeding, leefstijl en gezondheidsbevordering, namelijk 7.44% (71 uur) van het totale onderwijsprogramma in de bachelor.

Lessons learned (implicaties voor de praktijk)

In Nederland is het aandeel van onderwijs betreffende voeding en leefstijl beperkt. Bovendien bestaat er een grote variatie in het aantal uur onderwijs tussen de verschillende medische faculteiten in Nederland. Met het toenemende aantal chronisch zieken en de stijgende ziektekosten is het van groot belang dat toekomstige artsen beter worden geschoold over voeding en leefstijl in relatie tot gezondheidsbevordering, het voorkómen en genezen van ziekten.

Referenties

- 1 Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu. Overgewicht en Diabetes Mellitus, Cijfers en Context. Beschikbaar via: <https://www.volksgezondheidenzorg.info/onderwerp/diabetes-mellitus/cijfers-context/huidige-situatie#node-prevalentie-diabetes-naar-leeftijd-en-geslacht>
- 2 Leefstijl als Medicijn. Businesscase voor Type 2 Diabetes. Beschikbaar via: https://www.tno.nl/media/8822/presentatie_leefstijl_als_medicijn.pdf

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

Wijze van presentatie: Praktijkpapier

De do's, don'ts en don't knows van onderwijs voor de toekomst aan de Universiteit Maastricht: Naar meer diversiteit van de onderwijspraktijk

J.M. Frambach
Universiteit Maastricht

Context/probleemstelling of aanleiding

In 2016 vierde de Universiteit Maastricht, die in 1976 van start ging als geneeskundeopleiding, haar 40^e verjaardag. Dit gaf aanleiding tot reflectie: Waar staan we met ons onderwijs? Wat kunnen we leren van de diversiteit aan manieren waarop het onderwijs inmiddels wordt vormgegeven in verschillende opleidingen? Hoe verhoudt onze onderwijspraktijk zich tot state-of-the-art onderwijstheorie? Zijn we goed uitgerust voor de volgende 40 jaar en verder? Hoe ervaren onze studenten en docenten onze onderwijsstrategie, die uitgaat van probleemgestuurd leren?

Beschrijving van de interventie/innovatie

Om deze vragen te beantwoorden werd project EDview opgericht, dat zich ten doel stelde een gedeelde visie op onderwijs voor de toekomst te ontwikkelen, en om deze visie voor de praktijk te vertalen in concrete do's en don'ts - alsook "don't knows" op gebieden die verder onderzoek behoeven. In drie dataverzamelingsfasen hield EDview interviews en focusgroepen met studenten, docenten, programmacoördinatoren, onderwijsontwikkelaars, onderwijskundigen, en beleidsmakers; deed een literatuurreview; hield een enquête beantwoord door 1.743 studenten en stafleden; en hield feedback sessies met een gevarieerde selectie stakeholders.

Ervaringen/analyse van de implementatie

Respondenten konden zich goed vinden in de theorie achter probleemgestuurd onderwijs, maar in veel mindere mate over hoe deze onderwijsstrategie in de praktijk werd gebracht, waar men vele uitdagingen voor succesvolle implementatie identificeerde. Respondenten hadden grote behoefte aan een meer flexibele benadering van onderwijs, waarbij de aanpak telkens wordt aangepast aan de doelgroep, doelstellingen en discipline. EDview produceerde een positiepaper over waar de Universiteit Maastricht naartoe wil met haar onderwijs: meer diversiteit in de implementatie van probleemgestuurd onderwijs, waarbij vrij spel wordt gegeven aan de creativiteit van docenten en studenten, echter werkende vanuit de overkoepelende studentgerichte filosofie van constructief, contextueel, collaboratief en zelfgestuurd leren. Do's, don'ts en don't knows, nodig om deze visie in de praktijk te brengen, werden samengesteld op de gebieden onderwijsontwerp, onderwijscoördinatie, doceren, communicatie over onderwijs, en onderwijsfacilitering, dat o.a. leiderschap en personeelsbeleid omvat. Veel do's en don'ts overstijgen de specifieke Maastrichtse context en raken aan algemene best practices, uitdagingen en pijnpunten in het huidige Nederlandse hoger onderwijs.

Lessons learned (implicaties voor de praktijk)

Deze resultaten hebben implicaties voor alle niveaus van de organisatie en het onderwijs. EDview's kritische blik op de stand van zaken en haar niet-malse conclusies werden enthousiast ontvangen door betrokken stakeholders, van universiteitsbestuur tot docenten op de werkvloer. Een vervolproject is opgericht dat zich bezighoudt met de implementatie van deze resultaten. Het betrekken van alle stakeholders, inclusief studenten, in het nadenken over en bepalen van een onderwijsstrategie voor de toekomst, was de kracht van dit project. Een andere succesfactor was de open benadering, waarin zelfs het meest kenmerkende identiteitsaspect van de universiteit (probleemgestuurd onderwijs) in vraag werd gesteld.

Trefwoord: Teaching & learning: General, Education management: All, Curriculum: Student-centred

Wijze van presentatie: Praktijkpaper

Communiceren met patiënten met lage gezondheidsvaardigheden - implementatie en effectevaluatie in het tandheelkundig onderwijs

M.M. Bildt¹, A. Goldschmidt², M. Kaper¹, A. de Winter²

¹UMC Groningen

Context/probleemstelling of aanleiding

Bijna een op de drie volwassenen binnen de Nederlandse bevolking beschikt over onvoldoende of beperkte gezondheidsvaardigheden (health illiteracy). Binnen de tandheelkunde uit dit zich bijvoorbeeld in de moeite die patiënten hebben met het begrijpen van adviezen voor de zelfzorg of het nemen van beslissingen bij een behandelplan. Echter, in het huidige tandheelkundig onderwijscurriculum ontbreekt het thema gezondheidsvaardigheden. Daarom implementeerden we dit thema eerst in de bacheloropleiding tandheelkunde, naar voorbeeld van de geneeskunde-opleiding.

Het doel is om kennis en vaardigheden van studenten te vergroten, zodat zij effectiever leren te communiceren met patiënten met lage gezondheidsvaardigheden. Het effect van de invoering van dit onderwijs op de kennis en vaardigheden van de studenten werd middels vragenlijsten gemeten. Dit onderwijs zal verder worden ingevoerd in de hierop volgende studie jaren.

Beschrijving van de interventie/innovatie

Dit project kwam tot stand i.s.m. het project 'Improving patient-centered communication competences' o.l.v. dr. A.F. de Winter. Van de daarin ontwikkelende interventies werden in deze eerste fase de basiskennis en -vaardigheden in relatie tot gezondheidsvaardigheden geïmplementeerd. Dit betrof:

- Kennis van het concept 'gezondheidsvaardigheden' en het herkennen van signalen.
- Het herkennen van beperkte gezondheidsvaardigheden in een rollenspel en hierop de communicatie aanpassen, waaronder: afstemming op begripsniveau van de patiënt, eenvoudig taalgebruik, vermindering van jargon en flexibiliteit in de communicatie).

Dit vernieuwde onderwijs implementeerden we in het communicatieonderwijs van bachelorjaar 2. Om het effect hiervan te evalueren, vulden de studenten een week voorafgaande aan het onderwijs een vragenlijst in over hun kennis en vaardigheden op het gebied van lage gezondheidsvaardigheden. Dezelfde vragenlijst, aangevuld met ervaringsvragen, vulden zij in na afloop van het onderwijs (n= 48). De studenten van bachelorjaar 3 fungeerden als controlegroep (n= 40) en vulden eveneens de eerste vragenlijst in. Deze studenten hebben geen onderwijs in lage gezondheidsvaardigheden gevolgd. De vragen waren gebaseerd op eerder onderzoek waarbij de communicatietraining aan zorgprofessionals en geneeskundestudenten werd gegeven.(1)

Eerste ervaringen met de implementatie

De data van de vragenlijsten worden momenteel geanalyseerd en de resultaten zijn in september gereed. Een eerste indruk leert dat de studenten het onderwijs als waardevol en relevant ervaren. In de volgende fasen zal dit communicatieonderwijs verder worden uitgebreid naar de opvolgende studie jaren. In masterjaar 1 zullen we videogesprekken vanuit de klinische onderwijspraktijk analyseren en beoordelen of studenten deze communicatievaardigheden ook daadwerkelijk in de praktijk brengen.

Lessons learned (implicaties voor de praktijk)

Dit onderwijs in lage gezondheidsvaardigheden werd door de studenten als waardevol ervaren. Het onderwijs werd aan de gehele jaargroep gegeven, indeling van studenten was niet gerandomiseerd; dit laatste zou een mogelijk effect duidelijker kunnen aantonen. De komende jaren zal na verdere invoering moeten blijken in hoeverre er voldoende retentie en toepasbaarheid is van dit onderwijs in de klinische praktijk.

Referentie

1 Kaper MS, et al. Developing and pilot testing a comprehensive health literacy communication training for health professionals in three European countries. Patient Education and Counseling. 2018;101:152-158.

Trefwoord: Learning outcomes: Communication skills

Wijze van presentatie: Praktijkpapier

De patiënt-reis, een nieuw onderwijs instrument?

K.D. Derksen, Dr.N.Th. van den Broek, huisarts en Prof.dr.J.K.G.Wietasch
UMC Groningen

Context/probleemstelling of aanleiding

De geneeskundeopleiding beoogt artsen op te leiden die zo goed mogelijk aan de maatschappelijke behoeften voldoen. Een belangrijke verandering hierin is de medeverantwoordelijkheid en betrokkenheid van de patiënt om een optimaal beleid te kiezen. We weten dat deze gezamenlijke besluitvorming, shared decision making (SDM), tot effectieve zorg leidt omdat patiënten dan weloverwogen keuzes maken. Ook heeft SDM een positieve invloed op de arts-patiëntrelatie¹.

Hiervoor moeten studenten leren respectvol en empathisch te communiceren, de sociale context evenals de normen en waarden van de patiënt te includeren en de patiënt te betrekken in de besluitvorming. Deze aspecten komen in het huidige onderwijs nog onvoldoende aan bod. Onderzoek uit de marketing wereld laat zien dat door een customer journey (CJ) de gevoelens en houding van klanten in beeld gebracht kunnen worden waardoor de klantbeleving verbeterd kan worden. Kunnen we de CJ gebruiken als onderwijsinstrument om de student beter te utiliseren voor een gezamenlijke besluitvorming met de patiënt?

Beschrijving van de interventie/innovatie

Tijdens deze pilot maakte een student een CJ, een 'patiënt-reis' samen met zes oncologische patiënten in het UMCG met de focus op communicatie. De gedachten en emoties werden op verschillende momenten genoteerd. Na afloop van het patiëntencontact volgde een reflectie op de leerervaringen op het gebied van het eerder genoemde trio communicatieve vaardigheden.

Ervaringen/analyse van de implementatie

Het implementeren van de patiënt-reis als onderwijsinstrument was voor alle betrokkenen een nieuwe ervaring. De opbrengst bleek verrassend: het loslaten van de focus op medische kennis gaf ruimte voor leren over bijdragende belangrijke aspecten van arts zijn. Betere connectie tussen onderwijstheorie en praktijk werd ervaren. Ook waren de voorwaarden voor input van de patiënt in SDM voelbaar.

Lessons learned (implicaties voor de praktijk)

Het transplanteren van de CJ naar de geneeskundeopleiding was succesvol en het beoogde positieve leereffect kon worden bereikt. Dit is in overeenstemming met de bevindingen van Puvanendran et al². De CJ bood de student een unieke kans om echt contact te maken met de patiënt en de behoeften en emoties van de patiënt te begrijpen. Het observeren van communicatie draagt niet alleen bij aan de intrinsieke motivatie om het leren van gespreksvaardigheden te vergroten maar ook om verder te verdiepen in de kennis van ziektebeelden. De implementatie van de CJ voor een grote groep studenten zou echter nog een logistieke uitdaging betekenen, ook ten opzichte van de begeleiding.

Referenties

- 1 Scheibler F, Janssen C, Pfaff H.(2003) Shared decision making: an overview of international research literature
- 2 Rukshini Puvanendran, Farhad Fakhruddin Vasanwala, Robert K. Kamei, Lee Kheng Hock & Desiree A. Lie (2012) What do medical students learn when they follow patients from hospital to community? A longitudinal qualitative study

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

Wijze van presentatie: Praktijkpapier

M.C. Seeleman, S.J.P. Martens, R.J.H. Schmits, M. Jambroes
UMC Utrecht

Context/probleemstelling of aanleiding

In het public health onderwijs nemen de sociale determinanten van gezondheid een belangrijke plaats in. Het bereiken van goede gezondheid draait immers niet alleen om het behandelen van ziekten. Ontwikkelingen in de zorg (zoals toename van chronische ziekten; nadruk op zelfredzaamheid van patiënten) betekenen dat artsen rekening moeten kunnen houden met de sociale en maatschappelijke context van patiënten. Echter, geneeskundestudenten worden nog voornamelijk in een ziekenhuis opgeleid waar de medische context voorop staat. Om het begrip van geneeskundestudenten over sociale determinanten te verdiepen is het belangrijk dat zij ervaren wat sociale context kan betekenen. Dit kan in een omgeving waar niet primair de medische klachten centraal staan, maar waar de sociale context er juist toe doet: het Coschap in de wijk.

Beschrijving van de interventie/innovatie

Sinds 2017 volgen alle 5e-jaars geneeskunde studenten een coschapweek bij organisaties in het sociaal domein zoals een sociaal wijkteam of organisaties die psychiatrisch kwetsbaren of migranten ondersteunen. Leerdoelen voor dit coschap zijn dat 1) studenten de sociale context van gezondheid ervaren en de betekenis daarvan voor zorgverlening, 2) zij kennismaken met sociaal kwetsbare groepen en het perspectief van professionals in het sociaal domein en 3) zij leren wat zelfredzaamheid betekent in het dagelijks leven van patiënten. Het coschap wordt afgesloten met een verslag waarin studenten reflecteren op leerdoelen, op hun ervaringen en op een interview met een cliënt.

Ervaringen/analyse van de implementatie

We hebben een nieuw netwerk van coschapplaatsen opgebouwd waar ruim 300 geneeskundestudenten inmiddels het coschap hebben afgerond. Studenten en begeleiders ervaren het coschap als waardevol en willen het behouden. Studenten waarderen het vooral om te leren van en over patiënten in hun dagelijks leven en dat zij inzicht krijgen in zorg in het sociaal domein. Dat is ook wat coschapbegeleiders belangrijk vinden om toekomstige artsen te leren. In de reflectieverslagen lezen we dat studenten inderdaad inzicht krijgen in sociale determinanten (zoals laaggeletterdheid of armoede) maar dat het vertalen van deze leerervaringen naar het medisch handelen moeilijk is.

Lessons learned (implicaties voor de praktijk)

De coschapweek geeft studenten inzicht in sociale determinanten van gezondheid. Tegelijkertijd ervaren we dat de leerdoelen niet volledig worden bereikt. In de verdere ontwikkeling van dit coschap gaan we ons richten op het aanscherpen van opdrachten en het verbeteren van de reflectie. We willen een reflectiemethode ontwikkelen waarmee we studenten op afstand beter kunnen begeleiden tijdens hun coschap en bij de vertaling van ervaringen naar de medische context. Ons uiteindelijk doel is om bij te dragen aan de opleiding van artsen die oog hebben voor de relatie tussen maatschappelijke omgeving en gezondheid.

Trefwoord: Curriculum: Community-based, Learning outcomes: All, Curriculum: Inter-professional

Wijze van presentatie: Praktijkpaper

B11.4 / van Walsum room

Patiënt follow-up project

W. Zondag, A.D. Pieterse, A. Ray, E.C. Hamoen, A. Moll-Jongerijs, M. Houtlosser, M.E.J. Reinders, M.H. Jong
LUMC

Context/probleemstelling of aanleiding

Extramurale coschappen, waarin studenten zicht krijgen op het leven van patiënten buiten het ziekenhuis, zijn pas laat in het Leidse geneeskundemasterprogramma gepland. Echter, voor patiënten wordt hun kwaliteit van leven juist bepaald door factoren buiten het ziekenhuis. Een ziekenhuisopname kan negatieve invloed hebben op die kwaliteit. Daarnaast gaat in de transitie van patiënten tussen de eerste en tweede lijn veel informatie verloren die relevant is voor het welzijn van patiënten. Om coassistenten vroeg in de master kennis te laten maken met het leven van patiënten buiten het ziekenhuis en de invloed van ziekenhuisopname hierop is het LUMC 'patiënt follow-up project' (PFU) gestart. In dit project volgen coassistenten patiënten na ontslag uit het ziekenhuis. Zo krijgen ze inzicht in factoren die een rol spelen bij kwaliteit van leven van patiënten, invloed van ziekenhuisopname en het belang van goede informatieoverdracht naar de eerstelijnsbehandelaar. Ook worden ze uitgedaagd suggesties te doen ter verbetering van het ontslagtraject.

Beschrijving van de interventie

Sinds november 2018 nemen coassistenten tijdens het eerste coschap op de Interne Geneeskunde afdeling deel aan het PFU-project. In groepjes kiezen ze een patiënt om na ontslag uit het ziekenhuis te volgen. De coassistenten zijn actief betrokken bij het ontslag en de informatieoverdracht naar de eerste lijn. Ze interviewen de patiënt thuis en de eerstelijnsarts, gericht op verbeterpunten rondom ontslag. Verbeterpunten worden gepresenteerd tijdens een terugkomdag. Tijdens de terugkombijeenkomst zijn docenten van het coschap Beschouwend, Public Health en Eerstelijns geneeskunde en van Medische Ethiek aanwezig voor het geven van feedback. Ter evaluatie van het project vullen de studenten een enquête in.

Ervaringen van de implementatie

De studenten (N=31) vinden het van meerwaarde om kennis te nemen van factoren die de kwaliteit van leven van de patiënten in hun woonomgeving bepalen en de mate waarin een ziekenhuisopname dit kan beïnvloeden. De plenaire discussie tijdens de terugkomdag wordt als nuttig en leerzaam ervaren. Wel vinden studenten het spannend om bij patiënten thuis op bezoek te gaan.

Lessons learned (implicaties voor de praktijk)

Het PFU-project geeft coassistenten inzicht in kwaliteit van leven van de patiënten in hun eigen woonomgeving, hoe een ziekenhuisopname hierop van invloed kan zijn en hoe verschillende partijen in de zorgketen samenwerken. Dit zijn onmisbare aspecten in de opleiding tot basisarts.

Trefwoord: Learning outcomes: Clinical and practical skills, Learning outcomes: Patient management / prescribing

Wijze van presentatie: Praktijkpaper

B12.1 / van Walsum room

Diversiteitstraining onder de loep genomen

W. Ang, L. Verpooten, K. Bombeke
Universiteit Antwerpen

Context/probleemstelling of aanleiding

De diversiteitstraining is sinds 2011 deel van het communicatiecurriculum aan de Faculteit Geneeskunde (Universiteit Antwerpen). Deze 3-uren durende training heeft een evolutie meegemaakt, merkbaar in de naamsveranderingen van de training: Interculturele Communicatie -> Cultuursensitieve Communicatie -> Diversiteit.

De eerste trainingen waren deels ervaringsgericht met een theoretisch deel rond bijvoorbeeld 'cultuur en gezondheid/ziekte' en een oefengedeelte waarbij een medische casus werd ingeoefend met simulatiepatiënten met migratie-achtergrond. Deze invalshoek veroorzaakte spanningsvelden: lesgevers hadden de indruk dat ze ongewild stereotypieën van bepaalde 'bevolkingsgroepen' bevestigden. Simulatiepatiënten gaven aan dat ze zich niet goed voelden omdat ze werden gereduceerd tot één aspect van hun identiteit: etniciteit.

Beschrijving van de interventie/innovatie

Door deze ervaringen werden lesgevers gestimuleerd om inhoud en methodiek van de les in vraag te stellen. De multidisciplinaire teamvergadering van het communicatieteam is een goed forum om verschillende stemmen te horen rond deze uitdagingen.

Ten eerste werd beslist (mede obv literatuuronderzoek (1)) om de les zo ervaringsgericht mogelijk te maken aan de hand van drie visuele metaforen die de studenten als houvast kunnen gebruiken in het werken met 'diversiteit'. Deze metaforen worden geïntroduceerd door ervaringsgerichte oefeningen, het gaat over de caleidoscoop (2), de ijsberg en het communicatiekompas.

Ten tweede werd gekozen om de 'diversiteit' van de simulatiepatiënten zo breed mogelijk in te vullen en niet enkel op etniciteit te focussen. Tevens werd er gekeken hoe de pool van simulatiepatiënten gediversifieerd kon worden voor alle communicatietrainingen.

Ten derde werd een kwalitatieve pilootstudie gestart in 2016 om de impact van deze training op het "bewustzijn" van geneeskundestudenten te onderzoeken obv de percepties van de studenten met behulp van semi-gestructureerde interviews.

Ervaringen/analyse van de implementatie

De resultaten van de thematische analyse wijzen op de zinvolheid van lesinhoud en methodiek. De metaforen in combinatie met de ervaringsgerichte oefeningen helpen studenten om een zelfreflectief proces in te gaan en het concept diversiteit te verruimen en op een dynamische manier te zien. Een opvallende bevinding is dat studenten proberen 'de ander' beter te begrijpen: *"Die ijsberg... Na de les tolereer ik meer. Bijvoorbeeld een druggebruiker, vroeger zou ik denken: dat is een junk. Ik dacht niet verder na over waarom die drugs zou nemen."*

De feedback van de lesgevers en simulatiepatiënten na de implementatie is overwegend positief.

Lessons learned (implicaties voor de praktijk)

De ervaringsgerichte training die aan de hand van visuele metaforen houvast geeft in het omgaan met diversiteit blijkt een geslaagde manier om bij studenten zowel bewustzijn als vaardigheden te stimuleren rond dit gelaaide thema.

Referenties

1 Kirmayer LJ, Rousseau C, Jarvis GE (2003) The cultural context of clinical assessment. In: Psychiatry, 2nd Tasman A, Lieberman J, Kay J, editors. New York: John Wiley & Sons, Ltd
<http://www.caleidscopia.nl/>

Trefwoord: Teaching & learning: Experiential learning, Learning outcomes: Communication skills

Wijze van presentatie: Praktijkpaper

De zorg bekeken vanuit de diverse Rotterdamse patiëntenpopulatie

L.M. Barmantloo¹, E.F. van Beeck¹, J. Klasen¹, T. van Werven², S. Vallianatos³, M. van Esch², V. Erasmus¹

¹Erasmus MC, ²Zorgbelang Inclusief, ³Vallianatos Zorginnovatie

Context/probleemstelling of aanleiding

Rotterdam kent een diverse patiëntenpopulatie, welke goed zichtbaar is op de spoedeisende hulp. Om patiëntgerichte zorg te leveren aan deze diverse groep patiënten zijn er meerdere dimensies waar je als zorgverlener rekening mee moet houden¹. Om toekomstige artsen zodanig op te leiden dat ze in staat zijn goede patiëntgerichte zorg te leveren, is in samenwerking met patiëntvertegenwoordigers, verschillende spoedeisende hulpafdelingen, studenten en docenten van het Erasmus MC een onderwijsvernieuwingproject gestart. Het doel van dit project is om studenten tijdens verschillende fasen van hun opleiding te laten ervaren hoe de aangeboden zorg wordt ervaren door patiënten. Hiervoor is voor eerstejaars geneeskundestudenten de opdracht 'patiënt shadowing' ontwikkeld.

Beschrijving van de interventie/innovatie

Tijdens de opdracht volgen studenten een patiënt die binnenkomt op de spoedeisende hulp met een lichte triage. Ze lopen mee met het zorgproces van de patiënt, waarin ze observeren en ruimte krijgen om vragen te stellen aan de patiënt over de ontvangen zorg. De studenten verwerken de gegevens in een kort verslag en bespreken het onder begeleiding van een patiëntvertegenwoordiger. Patiëntgerichte oriëntatie (1) en ervaringen (2) met het onderwijs zijn uitgevraagd middels een online vragenlijst voor (1) en na (1, 2) het onderwijs.

Ervaringen/analyse van de implementatie

In totaal hebben 105 studenten meegelopen met een patiënt, waarvan het overgrote deel (85.6%) vrouw was. Vooraf hadden studenten een patiëntgerichte oriëntatie van 4.13 (schaal 1-6) met een significant verschil tussen de sub scores sharing (3.83) en caring (4.36) (PPOS)². Na het uitvoeren van de opdracht was er geen significante verandering zichtbaar in de patiëntgerichte oriëntatie van studenten. Studenten geven wel aan dat het meelopen heeft bijgedragen aan hun inzicht in patiëntgerichte zorg. Het onderwijs krijgt van studenten gemiddeld een 7.1 en het meelopen op de spoedeisende hulp een 7. Studenten zien het meelopen als leerzaam en leuk. Wanneer studenten minder dan 60 minuten gewacht hebben op een patiënt, beoordelen ze het meelopen gemiddeld met een 8.

Lessons learned (implicaties voor de praktijk)

Studenten nemen mee dat communicatie naar de patiënt toe erg belangrijk is, dat ze de patiënt willen zien als mens en niet als ziekte en dat ze zich hierbij moeten verplaatsen in de patiënt. Voorbeelden die studenten geven zijn: "Blijf bij een taalbarrière direct contact maken met de patiënt i.p.v. alleen met de aanwezige Nederlands sprekende familie" en "Vriendelijk en duidelijk zijn, er zit een mens tegenover je, geen medisch probleem".

Referenties

1 Gerteis, M., Edgman-Levitan, S., Daley, J., & Delbanco, T. (1993). *Through the patient's eyes*. San Francisco: Jossey-Bass.

2 Krupat E, Rosenkranz SL, Yeager C M, Barnard K, Putnam SM, Inui TM. The practice orientations of physicians and patients: the effect of doctor-patient congruence on satisfaction.

Trefwoord: Learning outcomes: Professionalism / attitude / ethics

Wijze van presentatie: Praktijkpapier

Een inclusieve leeromgeving in het UMCG door taalondersteuning: UCLC cursussen Engels

G.M. Drzazga, R. Bakels, A.M. van Trigt
UMC Groningen

Context/probleemstelling of aanleiding

In deze presentatie belichten we de ondersteuning in Engelse taalvaardigheid binnen het UMCG. De ondersteuning zich in eerste instantie op de Bachelor Geneeskunde. Binnen de Bacheloropleiding zijn er vier Learning communities (LCs), waarvan er twee Nederlandstalig zijn en twee Engelstalig. Om de Engelstalige en Nederlandstalige opleidingen gelijkwaardig te maken door taal- en culturele barrières zoveel mogelijk te elimineren heeft het Faculteitsbestuur in 2015 de UMCG Commissie voor taal en cultuur (UCLC) ingesteld. Deze commissie geeft uitvoering aan de “Language and Culture Policy” en het “International Classroom” project van de RUG (cf. Haines & Dijk, 2016).

Beschrijving van de interventie/innovatie

Vanwege de gevoeligheden die verbonden zijn aan “taal en cultuur” kwesties, is de UCLC begonnen met een inventarisatie van de behoefte met betrekking tot de Engelse taalvaardigheid, omdat dit als meest dringend en noodzakelijk werd gezien. Verschillende stakeholders zijn geïnterviewd aan de hand van een vragenlijst, om een gedetailleerd inzicht te krijgen in de behoefte aan Engelse ondersteuning. Uit de literatuur is bekend dat gepercipieerde behoefte en de op basis van assessment vastgestelde noodzakelijke ondersteuning vaak niet overeenkomen (Brindley, 1989). In het algemeen bleek voor alle staf een behoefte aan oefensessies waarin de (actieve) beheersing van het Engels verbeterd kon worden. Op basis van deze resultaten is er een traject van “op maar gemaakte” Engelse ondersteuning gestart voor verschillende groepen. De eerste groep bestond uit ondersteunende staf. Een beperkte beheersing van het Engels zou de indruk kunnen wekken van een weinig inclusieve organisatie. Er werd gekozen om een aantal laagdrempelige oefensessies te organiseren waarin naast aandacht voor de Engelse taalvaardigheid ook aandacht werd besteed aan culturele diversiteit.

Ervaringen/analyse van de implementatie

De spreek- en schrijfvaardigheid van de deelnemers verbeterde aanzienlijk en ook het zelfvertrouwen nam toe. Het aantal klachten van studenten over het Engels van de ondersteunende staf nam af. Na een succesvolle start met de eerste groep enthousiastelingen blijkt het een uitdaging ook andere stakeholders te verleiden gebruik te maken van het aanbod aan ondersteuning Engels (en interculturele communicatie).

Lessons learned (implicaties voor de praktijk)

De ervaring met de ondersteunende staf heeft ons geleerd dat het belangrijk is om het juiste niveau (“tailor-made”) van taalondersteuning aan te bieden, dat een direct waarneembare toegevoegde waarde heeft, maar toch laagdrempelig is. Het juiste niveau kan alleen bepaald worden door met de doelgroep te overleggen en kan niet “top-down” opgelegd worden.

Referenties

- 1 Brindley, G. (1989). The role of needs analysis in adult ESL programme design. The second language curriculum, 63-78.
- 2 Haines, K., & Dijk, A. (2016). Translating language policy into practice: Language and culture policy at a Dutch university. Language Learning in Higher Education, 6(2), 355-376.

Trefwoord: Teachers/Trainers: Faculty/Staff development

Wijze van presentatie: Praktijkpaper

B12.4 / van Walsum room

Een goed begin is het halve werk: Het belang van een inclusief programma bij de start van een (bio)medische opleiding

J.A.L. Meeuwsen, G.J. van der Velden, G. Dilaver
UMC Utrecht

Context/probleemstelling of aanleiding

Een inclusief programma vanaf dag 1 van het academische jaar kan ervoor zorgen dat alle studenten zich welkom en thuis voelen bij de universiteit. Een inclusieve leeromgeving is geassocieerd met toegenomen studiesucces en betere samenwerking tussen studenten. Oriënterende gesprekken met studenten uit minderheidsgroepen gaven aan dat niet alle studenten zich betrokken voelen bij de opleiding en/of zichzelf kunnen zijn tussen hun medestudenten. Verschillende minderheidsgroepen voelen zich buitengesloten tijdens hun studietijd. Om een inclusieve sfeer tijdens de introductie van de bacheloropleidingen Biomedische Wetenschappen en Geneeskunde te bewerkstelligen, hebben we de mentoren (tweede- of derdejaars studenten die de eerstejaars begeleiden) een *biastraining* gegeven.

Beschrijving van de interventie/innovatie

De *biastraining* had als doel om mentoren bewust te maken van onbewuste *bias* richting anderen.

Daarnaast hebben de studenten nagedacht over mogelijkheden om de introductie van het bachelorprogramma inclusief te maken voor alle studenten.

We hebben met behulp van vragenlijsten onderzocht of de mentoren de training goed hebben ontvangen en nuttig hebben gevonden. Daarnaast onderzochten we de ervaren inclusie van eerstejaars studenten tijdens de introductieperiode met een gevalideerde vragenlijst om ervaren sociale inclusie te meten.

Ervaringen/analyse van de implementatie

95 van de 479 eerstejaars studenten (20%), en 18 van de 40 mentoren (45%) hebben de vragenlijst ingevuld. Preliminair resultaten geven aan dat de meeste mentoren de *biastraining* nuttig en leerzaam vonden. Enkele mentoren gaven aan dat de *biastraining* overbodig was.

Het grootste deel van de eerstejaars studenten gaf aan zich betrokken te voelen en zichzelf te kunnen zijn. Toch waren er ook enkele studenten die zich niet betrokken voelden tijdens feesten en kroegtochten. Daarbij noemden ze dat het gebruik van alcohol tijdens deze activiteiten nadrukkelijk als optioneel aangemerkt zou moeten worden. Meer gedetailleerde informatie over enkele studenten die zich buitengesloten voelden zal worden verstrekt, evenals suggesties vanuit studenten om een inclusieve introductie te bevorderen.

Lessons learned (implicaties voor de praktijk)

Samenvattend werd de *biastraining* grotendeels als nuttig ervaren. Toekomstige introductieprogramma's zouden een dergelijke training kunnen invoeren om mentoren handvatten te geven om een inclusieve introductie te verzorgen. Een groot deel van onze studenten voelt zich thuis tijdens de introductie, maar er is zeker nog ruimte voor verbetering. Daarom zullen er volgend jaar verdere veranderingen doorgevoerd worden in het introductieprogramma om een nog inclusievere sfeer te creëren voor de studenten. Zo kunnen er bijvoorbeeld alternatieve activiteiten gepland worden naast of in plaats van feesten en kroegtochten. Deze activiteiten zouden uiteindelijk moeten leiden tot een *all-inclusive introduction*.

Referenties

1 Jansen, W. S., Otten, S., van der Zee, K. I., & Jans, L. (2014). Inclusion: Conceptualization and measurement. *European Journal of Social Psychology*, 44(4), 370–385.

2 <https://doi.org/10.1002/ejsp.2011>

Trefwoord: Curriculum: General, Students/Trainees: General

Wijze van presentatie: Praktijkpaper

Rubrics: hoe maak en gebruik je ze?

I. de Boer¹, T.F. Oostendorp², F. de Vegt², M. Latijnhouwers²

¹LUMC,²Radboudumc

Thema

Rubrics worden ingezet voor het beoordelen van opdrachten/taken en het geven van feedback.

Een rubric heeft de vorm van een ingevulde tabel, met bovenaan een beoordelingsschaal en links een kolom met criteria. Elke cel van de tabel bevat een korte beschrijving van de kenmerken van het product of het gedrag die passen bij dat criterium op dat niveau van de beoordelingsschaal. Daarmee maakt een rubric inzichtelijk hoe een opdracht of taakuitvoering wordt gewaardeerd. Intussen hebben veel opleidingen, net als die van het Radboudumc en het LUMC, ervaringen opgedaan met het gebruik van rubrics. Er valt dan ook veel uit te wisselen.

Rubrics zien wij als een middel om studenten op een efficiënte manier méér feedback te geven.

Daarnaast kunnen rubrics worden gebruikt voor self en/of peer assessment. Op die manier kunnen rubrics studenten meer inzicht geven in hun ontwikkelingsniveau en hen helpen om hun verdere leren vorm te geven.

Voor docenten bieden rubrics meer houvast bij de beoordeling. Het samen ontwikkelen van een rubric bevordert onderlinge afstemming en maakt dat je als docent moet expliciteren wat je belangrijk vindt in een opdracht, en wat je een voldoende of onvoldoende prestatie vindt.

Aansluitend op het thema van het NVMO-congres 2019: Van diversiteit naar inclusie, samen naar optimale zorg voor iedereen! rijst de vraag hoe en in welke vorm rubrics kunnen bijdragen aan betrouwbare en valide summatieve beoordelingen enerzijds en aan inzicht van de student zelf in het eigen ontwikkelingsniveau anderzijds. Duidelijk mag zijn dat de behoefte groeit aan beoordelingen die recht doen aan de individuele prestatie of ontwikkeling van studenten: een one-size fits all beoordeling en terugkoppeling past hier niet bij. Ook zullen beoordelingen waar mogelijk moeten motiveren tot leren in plaats van studenten aanzetten tot het springen door een hoepel.

Doel

(Hernieuwd) inzicht wat een rubric is, hoe je ze maakt en hoe je deze kunt gebruiken voor feedback en beoordeling op een manier die het leren bevordert.

Doelgroep

Studenten, docenten, opleiders, onderwijskundigen.

Opzet: activiteiten en opbrengst

In de workshop delen we voorbeelden en vraagstukken uit twee instellingen (LUMC en Radboudumc) en werken we vanuit verschillende perspectieven (student, beoordelaar/examinator en onderwijskundige) in korte opdrachten met interactieve discussievormen en live beoordelingsopdrachten, aan het ontwikkelen en gebruiken van een rubric.

Referentie

1 Y. Malini Reddy & Heidi Andrade, A review of rubric use in higher education (2010)

Max aantal deelnemers: 30

Trefwoord: Assessment: Feedback, Curriculum: Student-centred, Assessment: All

Wijze van presentatie: Workshop

N. el Manouzi¹, B. van den Berg²

¹Erasmus MC

Thema

Interculturele communicatie gaat over het maken van de verbinding die de grens van je eigen (sub) groep overstijgt. Je maakt contact met mensen die andere gewoonten, gevoelens, waarden en normen hebben dan jij. Dit maakt het communicatieproces veel moeilijker en uitdagender.

Werken en leven met anderen vereist communicatie (verbinding). Via deze verbinding proberen mensen ideeën, gevoelens, symbolen en betekenissen uit te wisselen

Doel

impliciete en expliciete manieren van interculturele communicatie voor studenten en docenten te herkennen en te benoemen en beschrijven hoe deze manieren van communicatie sommige voordeel geven (insluiten), en andere nadeel geven (uitsluiten);

Doelgroep

Studenten en docenten in het medisch onderwijs.

Opzet: activiteiten en opbrengst

Een duo van acteur en trainer creëert een energieke sfeer, ze spelen herkenbare en moeilijke praktijksituaties en casuïstiek in het onderwijs en in de zorg met betrekking tot interculturele communicatie. Zij nodigen de deelnemers uit om het verloop van de scènes te beïnvloeden door aanwijzingen te geven of (als het ijs kapot is!) door de rol over te nemen als een acteur.

Hiermee ervaren de deelnemers hoe interculturele communicatie een struikelblok kan zijn, maar ook hoe men hier juist gebruik van kan maken. Kortom deze workshop biedt niet alleen bewustwording, maar ook handelingsperspectieven.

Referenties

1 <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5035277/>

2 <https://research.vu.nl/ws/portalfiles/portal/42166867/complete+dissertation.pdf>

3 <https://www.ntvg.nl/artikelen/de-invloed-van-afkomst-op-studieresultaten/volledig>

4 <https://www.ingentaconnect.com/contentone/aup/tgen/2016/00000019/00000002/art00006?crawler=true&mimetype=application/pdf>

Max aantal deelnemers: 24

Trefwoord: Learning outcomes: Teaching skills, Students/Trainees: General, Medical education: All

Wijze van presentatie: Workshop

B15 / Leeuwen room II

Ontwerpen van betekenisvolle toetsen Met waarderende interviews onderzoeken we met elkaar wanneer toetsen betekenisvol zijn en wat de impact daarvan is

E.J. Spierenburg¹, J. van der Rijt¹, B. Nijveld²

¹Erasmus MC, ²Erasmus Universiteit

Thema

De heersende gedachte is dat toetsen hoepels zijn waar je doorheen moet. Als je erdoorheen bent, heb je je studiepunten behaald en kun je alles weer vergeten. Vanuit de opleiding zien we graag een verschuiving in denkwijze naar de overtuiging dat 'leren voor' toetsen enthousiasmerend is, omdat je er kunt laten zien wat je met de stof kunt en waar je staat in je leerproces om je vandaaruit verder te ontwikkelen.

Doel

In deze workshop gaan we door middel van (student-docent) interviews onderzoeken hoe we deze *mindshift* kunnen bewerkstelligen, en wat daarvoor eerste stappen zijn. De vragen in het interview zijn gebaseerd op de principes van de *appreciative inquiry*.

Meedoen aan deze workshop scherpert je denken over toetsen en geeft inspiratie over hoe we anders naar toetsen kunnen gaan kijken.

Doelgroep

Iedereen, werkzaam en/of lerend in het medisch onderwijs die het leuk vindt na te denken over toetsing, en wat er nodig is om betekenisvoller te gaan toetsen.

Opzet: activiteiten en opbrengst

aanscherpen van het denken over wat betekenisvolle toetsen zijn
ervaren van de impact van betekenisvol toetsen op het leren voor een toets
inspiratie opdoen hoe we anders naar toetsen kunnen kijken
kennismaken met de principes van waarderend interviewen (*appreciative inquiry*)

Referenties

- 1 Servant, F.C., et al. (2015) *Thinking in Possibilities: Unleashing Cognitive Creativity Through Assessment in a Problem-Based Learning Environment*. Journal of problem based learning in higher education. Vol 3, No 1.
- 2 Sluijsmans, D. & Segers, S. (Red). *Toetsrevolutie. Naar een feedbackcultuur in het hoger onderwijs*. Phronese, Uitgeverij. 2018.
- 3 Kabalt, J. & Tjepkema, S. *Appreciative Inquiry: Veranderen met energie*. Kessels & Smit, The Learning Company | 2012.

Max aantal deelnemers: 20

Trefwoord: Assessment, Curriculum, Teaching And Learning

Wijze van presentatie: Workshop

Programmatisch toetsen: 'intermediate stake decisions' als schakel voor een faire beoordeling?

M.H. Sagasser¹, G.T.J.M. Essers¹, H.G.J. Bok², N.J.J.M. Mastenbroek²

¹Huisartsopleiding Nederland, ²Universiteit Utrecht

Thema

Programmatisch toetsen beoogt een faire beoordeling te geven op basis van een veelheid aan en variatie in toetsinformatie die over langere tijd is verzameld. Programmatisch toetsen kent drie soorten beslissingen variërend in zwaarte. '*Low stake decisions*' betreffen de mate waarin een lerende een deel/delen (van) competentie(s) beheerst en richten zich op het leren. '*High stake decisions*' betreffen beslissingen aangaande de doorgemaakte ontwikkeling over meerdere competenties. Zij zijn gericht op de voortgang (bijvoorbeeld, doorgaan naar een volgende opleidingsfase). De literatuur beschrijft bijvoorbeeld de rol van een examencommissie om faire 'high stake decisions' te bevorderen. Teneinde de ontwikkeling longitudinaal te monitoren (zowel door de student als door de docent), vinden er tussentijdse 'intermediate stake decisions' plaats. Tijdens deze momenten wordt informatie uit voorgaande 'low stake decisions' geaggregeerd bekeken. Deze tussentijdse beoordelingen en/of voortgangsadviezen zijn formatief van aard en bedoeld om het leren te bevorderen. Veelal betreft het individuele gesprekken tussen student en tutor/mentor. Bij de 'low' en 'high stake' beslissingen lijken het proces en de rollen van betrokkenen redelijk duidelijk. Echter, de 'intermediate stake decisions' vragen verdere verduidelijking in rollen, proces en regels. Hierover wordt in de literatuur weinig gesproken. De huisartsopleiding en de opleiding Diergeneeskunde passen beiden programmatisch toetsen toe. De overeenkomsten en verschillen in de inrichting van dit 'intermediate' proces vormen de basis voor de vragen die centraal staan tijdens deze workshop.

Doel

Het doel is om met elkaar adviezen te formuleren over doel en toepassing van 'intermediate stake decisions'-processen in programmatisch toetsen.

Doelgroep

Toetsdeskundigen, curriculum/opleidingscoördinatoren, onderwijskundigen, docenten, mentoren, opleiders, aios, studenten en andere betrokkenen/geïnteresseerden.

Opzet: activiteiten en opbrengst

Korte presentatie van doelen en opzet van programmatisch toetsen in het algemeen en meer specifiek de inrichting ervan binnen de huisartsopleiding en de master Diergeneeskunde. Het focus zal zijn op de procedures omtrent 'intermediate stake decisions' en de rol van de begeleider c.q. de mentor/tutor. Dit roept vragen op als: 'Wat kun je als begeleider/mentor eigenlijk wel en niet beoordelen? Welke vaardigheden heb je daarvoor nodig? En wat zijn de randvoorwaarden voor een adequate beoordeling? Hoe evalueer je het effect van deze beslissingen?'. Deelnemers werken in groepen en plenair aan deze vragen. Met elkaar formuleren we adviezen en randvoorwaarden voor het inrichten van het proces rond 'intermediate stake decisions', ter bevordering van een faire beoordeling.

Referenties

1 Van der Vleuten CPM et al.2012. A model for programmatic assessment fit for purpose. *Medical Teacher*,34:205-214.

2 Meeuwissen SNE et al.2019. Multiple-role mentoring: mentors' conceptualisations, enactments and role conflicts. *Medical Education*,doi:10.1111/medu.13811

Max aantal deelnemers: 24

Trefwoord: Assessment: General, Learning outcomes: All, Teachers/Trainers: Roles of the teacher

Wijze van presentatie: Workshop

Zelf eenvoudig interactief online onderwijs maken

J.J. Blom¹, S.D. Hoekstra¹, O.P. Gobée², D. Jansma², R. Nijmeijer¹, H.H.M. Hegge¹

¹UMC Groningen, ²LUMC, aangeboden via werkgroep Digitaal Leren en Innoveren

Thema

Online onderwijs biedt studenten de mogelijkheid om op elke plaats, tijdstip en op eigen tempo onderwijsmateriaal te doorlopen. De beschikbare online tools geven docenten ook steeds meer opties voor ontwikkeling van lesmateriaal dat op papier niet te verwezenlijken is. Inmiddels kan op relatief eenvoudige wijze een breed palet aan interactieve inhoud worden gemaakt en geïntegreerd in het onderwijs. Daarmee kan een brede groep studenten eenvoudig worden bereikt.

In het verleden ging het ontwikkelen van online lesmateriaal vaak gepaard met hoge kosten voor de aanschaf van softwarelicenties. Inmiddels zijn er vele "open source tools" beschikbaar die kosteloos kunnen worden ingezet. Een van deze programma's is H5P. Deze open source auteurs applicatie, mede ontwikkeld vanuit de Noorse overheid op basis van een Open en Online gedachte, biedt de mogelijkheid om interactieve online content te ontwikkelen en deze via verschillende platformen aan gebruikers aan te bieden.

Meerdere UMC's zetten sinds enige tijd dit programma met succes in ter ondersteuning van het onderwijs. Tijdens deze workshop delen het Leids Universitair Medisch Centrum (LUMC) en het Universitair Medisch Centrum Groningen (UMCG), namens de NVMO-werkgroep Digitaal Leren en Innoveren, hun ervaringen en nemen deelnemers mee in de mogelijkheden die H5P biedt.

Doel

Na deze workshop hebben deelnemers:

- een overzicht van de mogelijkheden die de open-source online tool H5P voor het eigen onderwijs kan bieden.
- zelf ervaring opgedaan met het ontwikkelen van interactieve inhoud binnen H5P.

Doelgroep

Docenten, onderwijsontwikkelaars, onderwijskundigen, beleidsmakers.

Opzet: activiteiten en opbrengst

Deelnemers zullen in de workshop kennismaken met de mogelijkheden die H5P biedt voor het ontwikkelen van interactief online onderwijsmateriaal. Aan de hand van eigen voorbeelden gaan deelnemers aan de slag met het ontwikkelen van interactief lesmateriaal.

De volgende onderdelen komen aan bod: introductie op het onderwerp, didactische principes bij het gebruik, hands-on overzicht van de online tool H5P en inzet binnen het onderwijs van het LUMC en het UMCG. Vervolgens gaan deelnemers zelfstandig aan de slag om interactief lesmateriaal te maken. Tot slot volgt een plenaire nabespreking en een praktisch overzicht van de verder te nemen stappen voor implementatie binnen het eigen onderwijs.

Opgelet: er wordt deelnemers gevraagd een laptop met internettoegang mee te nemen omdat er tijdens de workshop gebruik gemaakt zal worden van online opdrachten.

Max aantal deelnemers: 25

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

Wijze van presentatie: Workshop

B18.1 / Exchange hall

De waarde van een online assessment als poortwachter in de sollicitatieprocedure voor arts-assistent in opleiding

J.M.T.H. Draaisma, A. Klein Gunnewiek, M. de Visser, J.A.E.M. van der Velden
Radboudumc

Context/probleemstelling of aanleiding

Om de juiste arts-assistenten met een specifiek profiel aan te trekken en uitval tijdens de opleiding te voorkomen, heeft de opleiding Kindergeneeskunde van de opleidings- en onderwijsregio Oost Nederland (OOR-ON) in 2006 in een drietal Delphi-ronden een online assessment ontwikkeld, dat recht doet aan de missie en visie van het cluster. Met deze praktijkpaper willen wij graag onze ervaringen met jullie delen.

Beschrijving van de interventie/innovatie

Voor het gewenste profiel werd rekening gehouden met de competenties voortkomend uit het landelijk opleidingsplan kindergeneeskunde, de competenties wenselijk om de missie / visie van de OOR-ON te kunnen realiseren en met de door de deelnemers geformuleerde aanvullende competenties. Op basis hiervan is een online assessment samengesteld, bestaande uit de onderdelen: intellectuele capaciteiten, persoonlijkheidsdimensies, prestatie motivatoren, en 11 gedragscompetenties (verzameling van specifieke en observeerbare gedragsvormen die op een logische en betrouwbare manier aan de aangegeven competenties gekoppeld kunnen worden). Afsproken werd dat voor iedere sollicitatieronde op basis van brief en curriculum vitae (sollicitatiebrief) 12 kandidaten geselecteerd werden voor de online assessment. Op basis van sollicitatiebrief en assessment werd vervolgens bepaald welke 6 van de 12 kandidaten werden uitgenodigd voor gesprek. De verwachting was dat we hiermee kandidaten zouden selecteren die het best voldeden aan ons profiel.

Ervaringen/analyse van de implementatie

Van 2008 t/m 2017 ontvingen wij 279 sollicitatiebrieven en sollicitatiebrieven. Tijdens de eerste selectie vielen 63 kandidaten af. 216 kandidaten maakten het online assessment, van wie er 118 werden uitgenodigd voor een sollicitatiegesprek. 52 kandidaten startten uiteindelijk als arts-assistent in opleiding (aios). Zowel de sollicitatiebrief als het online assessment had een duidelijke invloed op de keuze van de kandidaten voor het sollicitatiegesprek ($p < 0.001$). De uiteindelijke keuze werd echter volledig bepaald door de resultaten van het sollicitatiegesprek.

Van de kandidaten die uitgenodigd werden voor gesprek, zou voorheen 24% zonder online assessment niet uitgenodigd zijn (indien geselecteerd op basis van de 6 beste sollicitatiebrieven), en van de aangenomen kandidaten zou, zonder het online assessment, 15% niet aangenomen zijn.

In deze periode heeft slechts 1 aios de opleiding gestaakt (1,76%), bij een landelijk uitvalspercentage kindergeneeskunde van 5,61% (alle opleidingen 10,7% uitval). Bij de landelijke 12 kennistoetsen sinds 2012 maakten de aiossen van het cluster OOR-ON deze toets in 8 van de 12 kennistoetsen als beste, tweemaal als één na beste, eenmaal als 3^e en eenmaal als 5^e (van de 8 clusters).

Lessons learned (implicaties voor de praktijk)

Het gebruik van een online assessment lijkt bij te dragen aan de beste keuze van arts-assistenten in opleiding, passend bij de ambitie, missie en visie, alsook het opleidingsklimaat in het opleidingscluster, zodat uitval beperkt blijft en de potenties van de aios optimaal ontwikkeld kunnen worden.

Trefwoord: Assessment: Computer-based assessment, Medical education: Postgraduate education, Students/Trainees: All

Wijze van presentatie: Poster

Organisch of georganiseerd? Een studie naar de interactie in groepsdiscussies bij de besluitvorming van AIOS-selectie

L.M. Gennissen¹, K.M. Stegers-Jager¹, A. de la Croix², C.R.M.G. Fluit³, J. de Graaf³, M. de Hoog¹

¹Erasmus MC, ²Amsterdam UMC Loc. VUmc, ³Radboudumc

Probleemstelling

De selectie van AIOS is een complex besluitvormingsproces, dat vergaande consequenties heeft voor betrokkenen, waarbij geloofwaardigheid en eerlijkheid een belangrijke rol spelen. Ook is er een toenemend bewustzijn van het belang van diversiteit en gelijke toegankelijkheid tot de medische vervolgoopleidingen. Selectiecommissies bestaan uit meerdere commissieleden, met als doel dat er een gebalanceerd beeld van de kandidaten ontstaat, waarbij verschillende perspectieven worden meegenomen in de besluitvorming. De vraag is echter of deze verschillende perspectieven boven tafel komen in de groepsdiscussie. In deze studie stonden daarom de volgende vragen centraal: hoe verlopen deze besluitvormingsgesprekken, en op welke wijze worden deelnemers gestimuleerd of gehinderd om hun perspectief in te brengen?

Methode

We hebben de groepsinteractie geanalyseerd van 7 sollicitatiecommissie-bijeenkomsten in twee OOR regio's in Nederland, waarbij in totaal 68 kandidaten werden besproken door 54 selectiecommissieleden. Met een hybride (kwantitatieve en kwalitatieve) data-gedreven analyse zijn wij in deze getranscribeerde gesprekken op zoek gegaan naar interacties die de participatie van commissieleden hinderen of stimuleren. Kwantitatieve data (word count) en kwalitatieve data werden geanalyseerd met een speciale aandacht voor interacties met invloed op participatie. Aspecten die hierbij meegenomen werden zijn o.a. beurtwisselingen, interrupties en stiltes.

Resultaten (en conclusie)

Er was een grote variëteit aan interactie patronen, ieder met een eigen invloed op participatie. Aan de hand van twee uiterste beschrijven we het spectrum zien van mogelijke interacties. Het eerste interactie patroon is "georganiseerd", waarbij de voorzitter gestructureerd te bespreken kandidaten voorstelt en beurten geeft aan commissieleden. Bij deze praktijk vallen vaak stiltes, is weinig overlappende spraak te zien en is weinig onenigheid. In het tweede, "organische" interactionele patroon, heeft de voorzitter een minder structurerende rol, wordt veel geïnterrupteerd en vallen weinig stiltes. In deze praktijk bestaan veel meningen naast elkaar.

Discussie

Door het spectrum van mogelijke interacties te beschrijven aan de hand van twee illustratieve discussies, laten we zien dat de structuur, interactionele normen en conventies invloed hebben op de participatie van de commissieleden. Beide hebben op hun eigen manier invloed en hebben hun eigen voor- en nadelen. In de georganiseerde praktijken is het voordeel dat er een heldere rolverdeling is en de vergadering effectief is, maar het nadeel is dat er minder vrijheid lijkt te zijn om het oneens te zijn met elkaar. In de organische interactiepatroon is het voordeel dat iedereen een stem heeft, maar een nadeel dat het besluitvormingsproces lang duurt. Bewustzijn van verschillende interactie patronen met de daarbij horende voor- en nadelen kan groepen helpen in het maken van een gegronde keuze in hoe ze hun groepsdiscussie willen structureren en gebruiken voor optimale besluitvorming. Vervolgonderzoek kan ons meer inzicht bieden in welke van de patronen wenselijker is. Tevens zijn er verschillende interactie aspecten die verder onderzoek behoeven, denk hierbij bijvoorbeeld aan de micropolitiek tijdens deze discussies.

Trefwoord: Education management: Selection of students/trainees

Wijze van presentatie: Poster

M.N.D. Groen, E.S.M. van Aken, S. Sandkuyl
De Geneeskundestudent

Probleemstelling

Veel geneeskundestudenten ervaren het kiezen van de juiste vervolgopleiding als een lastige beslissing. Wij onderzochten in welke mate studenten twijfelen over deze keuze en in hoeverre dit gepaard gaat met keuzestress. Verder brachten we in kaart of studenten hierbij voldoende hulp krijgen tijdens de opleiding en op welke manier ze ondersteund willen worden bij deze essentiële keuze.

Methode

De Geneeskundestudent houdt een jaarlijkse, representatieve enquête onder haar leden. De enquête is ingevuld door 3352 geneeskunde studenten, verspreid over alle 8 faculteiten. De enquête van 2018-2019 bevatte 11 vragen omtrent beroepskeuze en loopbaanontwikkeling.

Resultaten

Van alle geneeskundestudenten wil 86% ook daadwerkelijk als arts aan de slag gaan, 13% twijfelt over deze keuze en 1% wil geen arts worden. 26% van de studenten ervaart stress omtrent deze keuze. De keuze over het vakgebied waarin men later wil werken, creëert twijfel bij 66% van de studenten. De helft van de studenten ervaart ook stress hierbij. Onder (oud-)coassistenten ervaart 49% coschappen als een goed middel voor het maken van een weloverwogen beroepskeuze.

De meningen over de informatie en hulpmiddelen die de geneeskundeopleidingen bieden, zijn verdeeld. Toch vindt slechts 26% dat de opleidingen voldoende hierin bieden, terwijl 73% vindt dat de opleidingen verantwoordelijk zijn voor het faciliteren van een weloverwogen beroepskeuze. Studenten hebben met name behoefte aan aanvullende kortdurende coschappen en meeloopdagen. Verder gaat de voorkeur uit naar persoonlijke coaching en loopbaanbegeleiding.

Conclusie

Er is veel twijfel onder geneeskundestudenten omtrent de juiste beroepskeuze en men ervaart dit als stressvol. Coschappen helpen bij het maken van een weloverwogen beroepskeuze, maar de informatie en hulpmiddelen die de geneeskundeopleidingen aanbieden, zijn nog niet toereikend. Het is van belang dat de faculteiten meer ondersteuning gaan bieden in het maken van een juiste beroepskeuze. Naast een groter aanbod aan aanvullende korte coschappen en meeloopdagen, zouden persoonlijke loopbaanbegeleiding en werkinhoudelijke informatie meer prioriteit moeten krijgen.

Trefwoord: Curriculum: All, Students/Trainees: Career choice, Students/Trainees: Stress

Wijze van presentatie: Poster

B18.4 / Exchange hall

Ecologisch bewustzijn op buitenlandse stage

J.V.O. Van Oosterwyck, H. Adams, A. Deketelaere, C. Verslype
KU Leuven

Context/probleemstelling of aanleiding

Een derde van de studenten in de master Geneeskunde, doet tijdens hun (voor)laatste jaar een buitenlandse stage van 6 tot 12 weken. Als voorbereiding volgen zij enkele workshops en het vak biomedische ontwikkelingssamenwerking waarbij zij worden voorbereid op andere culturele contexten. De laatste maanden worden er in Europa, vooral bij jongeren, veel acties op touw gezet rond het klimaat. Een voorbeeld daarvan zijn de wereldwijde klimaatmarsen.

We vragen ons af hoe zit het met het ecologisch bewustzijn van onze studenten op buitenlandse stage. Zijn ze zich bewust van hun ecologische voetafdruk en doen zij iets om deze te verkleinen? Zien zij grote verschillen tussen de aandacht voor het milieu bij binnenlandse ziekenhuizen en die in het buitenland? Kunnen zij als stagiair een actieve bijdrage leveren aan klimaatbewustwording en doen ze dat ook? Leren ze zelf van de lokale gebruiken?

Beschrijving van de interventie/innovatie

We doen een online bevraging met open en gesloten vragen bij onze studenten die op buitenlandse stage zijn geweest van de afgelopen twee jaar. Ook het verschil tussen ontwikkelde en ontwikkelingslanden zal bestudeerd worden. De bevraging wordt afgenomen tussen april en juni 2019, de resultaten zullen op het congres beschikbaar zijn. We zijn zelf zeer benieuwd naar de uitkomst hiervan.

Ervaringen/analyse van de implementatie

De kwantitatieve resultaten zullen gepresenteerd worden via pictogrammen en procenten, aangevuld met voorbeelden van de ervaringen van studenten.

Lessons learned (implicaties voor de praktijk)

We willen tijdens de presentatie de discussie aangaan met het publiek of het zinvol is om ook in de canmedsrollen aandacht te besteden aan het milieu, aangezien artsen een voorbeeldfunctie hebben in de maatschappij. Mogen we van studenten Geneeskunde verwachten dat ze een actieve rol spelen qua milieuproblematiek?

Trefwoord: Students/Trainees: All, Teachers/Trainers: Faculty/Staff development, Learning outcomes: All

Wijze van presentatie: Poster

B18.5 / Exchange hall

Wat wordt eerlijk gevonden in toelatingsprocedures voor de geneeskundeopleiding? Een discourse-analyse van nieuwsberichten, online discussiefora en Kamervragen

A. Wouters¹, A. de la Croix¹, R. van Santbrink², K.E. Alexander³, M. Kelly⁴, G. Croiset¹, R.A. Kusurkar¹
¹Amsterdam UMC loc. VUmc,²Vrije Universiteit Amsterdam,³University of Aberdeen,⁴NUI Galway

Probleemstelling

Selectie doet doorgaans een hoop stof opwaaien onder verschillende belanghebbenden. Ook in de literatuur is men er niet over uit hoe toelating tot de geneeskundeopleiding het beste kan worden vormgegeven. De acceptatie van het toelatingsbeleid (ofwel politieke validiteit) wordt grotendeels bepaald door hoe eerlijk het wordt bevonden. In Nederland is loting vervangen door selectie vanwege de behoefte aan meer controle en een eerlijker systeem. Nog niet onderzocht is hoe dat nu door belanghebbenden wordt ervaren. Daarnaast is onderzoek naar percepties van belanghebbenden beperkt en richt de literatuur zich met name op specifieke selectie-instrumenten. Deze studie onderzocht wat door belanghebbenden, zoals kandidaten, wordt verstaan onder eerlijkheid in het Nederlandse toelatingssysteem.

Methode

Voor deze discours-analyse werden drie typen documenten geïncorporeerd om een breed perspectief van verschillende belanghebbenden te vergaren: a) gepubliceerde Kamervragen (2002–2018); b) berichten van voornamelijk selectiekandidaten op discussieforum decentrale geneeskunde.nl (2016–2018); en c) nieuwsberichten in landelijke en universiteitsbladen (2016–2018). Drie onderzoekers volgden de Willig's six-stage benadering om de discourses en de positionering van verschillende betrokkenen te identificeren. De discourses werden beschouwd vanuit het theoretische kader van *organizational justice theories*, waarin drie typen *justice* worden onderscheiden: a) *distributive justice* - eerlijke selectie-uitkomsten; b) *procedural justice* - eerlijke processen; c) *interactional justice* - eerlijke behandeling van betrokkenen [1].

Resultaten (en conclusie):

In de data werden meerdere *discourses* gevonden rond het discursieve object *eerlijkheid* in toelating tot de geneeskundeopleiding. Eerlijkheid is...

1) ...gelijkheid.

a) Een gelijke procedure voor iedereen (*procedural justice*): elke kandidaat moet dezelfde stappen doorlopen in het selectieproces. De verantwoordelijkheid voor eerlijkheid in deze discourse ligt bij de selectiecommissies en de overheid.

b) Gelijke kansen voor iedereen om aan de criteria te voldoen (*distributive justice*). Binnen deze discourse worden voorbereidingscursussen gezien als 'doping'. Opleidingen moeten zorgen dat 'iedereen mee moet kunnen doen'. Een aspect dat hierbij grotendeels onbenoemd blijft maar onderliggend een rol lijkt te spelen is discriminatie.

2) ...dat degene die het verdient in de opleiding komt (*distributive justice*)

a) Actief verdienen: door hard en slim werken. Kandidaten die 'gewoon goed leren en voorbereiden' zouden het moeten halen, maar ook: extra cursussen doen ('dan heb ik een voorsprong'). Binnen deze discourse moet de kandidaat aan het werk.

b) Passief verdienen: het verdienen omdat je het graag wilt 'ik wil dit al heel lang', of omdat je de juiste persoon bent om arts te worden: 'als je echt geschikt bent, kom je wel binnen'. Als deze kandidaten worden afgewezen is dit een 'verspilling van talent'. Binnen deze discourse hebben opleidingen verantwoordelijkheid om de juiste kandidaten 'op te sporen'.

3) ...transparantie (*interactional justice*). Als de procedure niet goed beschreven en te vinden is, de criteria niet helder zijn, etc., dan voelt het als een oneerlijk en 'schimmig proces'.

4) ...'de juiste student op de juiste plek' (*distributive justice*). Deze discourse wordt specifiek gebruikt door de minister, die expliciet benadrukt dat rendement niet het doel is, hoewel impliciet doorklinkt dat die kandidaten gekozen moeten worden die de opleiding snel en goed doorlopen.

Discussie

Het Nederlandse toelatingsbeleid is afgelopen decennia grotendeels gevormd door de publieke opinie. Deze studie laat zien dat op verschillende, vaak tegenstrijdige manieren wordt gedacht over eerlijkheid in het huidige toelatingsbeleid. In discussies blijkt 'passief verdienen' dominant te zijn met als gevolg het

risico op schending van 'gelijke kansen', met mogelijke gevolgen voor diversiteit in de opleiding. 'Transparantie' wordt beschreven als oplossing hiervoor. Een transparant toelatingsbeleid dat tegelijkertijd recht doet aan de verschillende discourses zou breder gedragen kunnen worden door de maatschappij. In focusgroepen willen deze discourses en eventuele bijkomende emoties nader onderzoeken.

Referentie

1 Colquitt JA, Greenberg J, Zapata-Phelan CP. What is organizational justice? A historical overview. Handbook of organizational justice. 2005;1:3-58.

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

Wijze van presentatie: Poster

B19.1 / Exchange hall

Continuïteit van zorg en opleiden. Hoe de dokter-patiënt relatie de patiëntenmix van de aios huisartsgeneeskunde beïnvloedt

S. de Bever¹, S.C. van Rhijn¹, N. van Dijk¹, J. Bont¹, A.W.M. Kramer²

¹Amsterdam UMC loc. AMC, ²LUMC

Context/probleemstelling of aanleiding

Aios leren door het behandelen van patiënten. Alleen, patiënten willen niet altijd behandeld worden door een aios. In situaties waarin continuïteit van zorg een belangrijke rol speelt, zoals in de huisartsgeneeskunde, hangt dit samen met de aard van de aandoening en het daaraan gerelateerde belang van continuïteit. Niet verwonderlijk is dan ook dat aios minder patiënten met complexe klachten zien dan hun opleider(1). Echter, een gevarieerde patiëntenmix is noodzakelijk om als aios te ontwikkelen tot een competente specialist. Huidige onderzoeken naar hoe de patiënt denkt over het bezoeken van aios zijn veelal kwantitatief en weinig explorerend van aard(2). Daarom was het doel van deze studie een verdere exploratie naar patiënt perspectieven op het bezoeken van aios.

Beschrijving van de interventie/innovatie

Er zijn interviews gehouden met 28 patiënten uit zes huisartspraktijken die minimaal vijf jaar geregistreerd zijn als opleidingspraktijk. Voor maximale variatie in patiënt perspectieven is er gesampeld op de mate van welwillendheid om aios te bezoeken. Data verzameling en analyse waren iteratief, met open, axiale en thematische codering.

Ervaringen/analyse van de implementatie

Patiënten waren positief over aios. Echter, deze houding had nauwelijks invloed op de afweging om een aios te consulteren. Dit leek meer afhankelijk van de arts-patiënt relatie en de aard van de klacht. Bij complexe aandoeningen kozen patiënten hun eigen huisarts. Deze kent de persoonlijke context van de patiënt en kan hierdoor zorgen voor continuïteit van zorg. Voor kleine of spoedeisende aandoeningen waren toegankelijkheid en tijdigheid van de afspraak meer van belang, waardoor patiënten eerder aios zullen bezoeken. Indien dit bezoek positief was, zal de patiënt makkelijker opnieuw voor de aios kiezen. Patiënten gaven aan dat aios dit kunnen beïnvloeden door aandacht voor de patiënt te hebben en een proactief te zijn. Daarnaast kan kennis over de rol van aios, zijn vaardigheden en over de supervisie, patiënten welwillender maken om aios te bezoeken.

Lessons learned (implicaties voor de praktijk)

Een positieve attitude ten opzicht van aios heeft in eerste instantie weinig invloed op patiënt zijn keuze in arts. Patiënten kiezen voor de continuïteit van zorg, met name bij complexe aandoeningen. Hierdoor is het niet vanzelfsprekend dat aios complexe problematiek zien in setting waar de continutiet van zorg een belangrijk is(2). Echter, onze studie laat zien dat dit doorbroken kan worden door actief het contact tussen patiënt en aios te stimuleren en aios handvatten te bieden om een relatie op te bouwen.

Referenties

1 De Jong J et al. Exploring differences in patient mix in a cohort of GP trainees and their trainers. BMJ Open. 2011

2 Bonney A et al. Patients' attitudes to general practice registrars: a review of the literature. Educ Prim Care. 2009

Trefwoord: Medical education: Postgraduate education, Teaching & learning: Ambulatory care context, Students/Trainees: Genera

Wijze van presentatie: Poster

Signaleren en Remediëren van Onprofessioneel Gedrag van Huisartsen in Opleiding; soms is er meer nodig

P.C. Barnhoorn¹, V. Nierkens¹, W.N.K.A. van Mook², M.E. Numans¹, A.W.M. Kramer¹

¹LUMC, ²Universiteit Maastricht

Probleemstelling

Elke docent in het medisch onderwijs heeft professionaliteit op de radar. Onprofessioneel gedrag van artsen heeft een negatief effect op de arts-patiënt relatie, de patiënt veiligheid en de kwaliteit van de geleverde zorg. Het is een steeds terugkerend thema bij klachten van patiënten. Bovendien kan onprofessioneel gedrag van artsen het sociale contract tussen artsen en maatschappij schaden. Professionaliteit kan beschreven worden in termen van gedrag (buitenkant) of attitude (binnenkant), maar wordt in toenemende mate holistischer beschreven; in termen van professionele identiteitsvorming(1). De basis voor professioneel gedrag wordt gelegd tijdens de medische basis- en vervolgopleiding. Onprofessioneel gedrag is voornamelijk in de basisopleiding bestudeerd(2). Onderzoek naar onprofessioneel gedrag en remediëringmogelijkheden in de vervolgopleiding is schaars. Dit geldt zeker voor opleiding huisartsgeneeskunde. De onderzoeksvraag 'Welk onprofessioneel gedrag wordt gezien bij AIOS huisartsgeneeskunde en hoe wordt dit geremedieerd' is daarom het startpunt van ons grotere onderzoek naar professionele identiteitsvorming.

Methode

Voor dit onderzoek interviewden we alle 8 verantwoordelijken voor de professionele ontwikkeling van de AIOS huisartsgeneeskunde op de 8 Nederlandse geneeskundefaculteiten. Onder meer werden besproken: type en aantal onprofessioneel gedrag van AIOS, wijze van signaleren, remediëren en voorbeelden van succesvolle en minder succesvolle remederingstrajecten. Alle interviews werden opgenomen, getranscribeerd en vervolgens gecodeerd. Deze kwalitatieve data analyse gebeurde iteratief, constant vergelijkend, door drie onderzoekers onafhankelijk, gebruikmakend van algemene principes van open, axiaal en selectief coderen totdat consensus bereikt werd.

Resultaten en conclusie

Alle 8 verantwoordelijken voor de professionele ontwikkeling van de AIOS huisartsgeneeskunde op de 8 Nederlandse geneeskundefaculteiten werden bereid gevonden deel te nemen aan deze studie. Eén van de participanten had naast deze functie ook de functie hoofd plaatselijke huisartsopleiding. De man-vrouwverhouding was 4:4. Vijf deelnemers waren huisarts, drie gedragswetenschapper. Er werden door de faculteitsmedewerkers 60 verschillende typen van onprofessioneel gedrag bij AIOS huisartsgeneeskunde genoemd. Deze konden we in 2 hoofdtypen onderscheiden. Een groep van eenduidig onprofessioneel gedrag als; liegen, lompe opmerkingen en te laat komen werd op faculteitsniveau weinig gezien i.t.t. de groep van moeilijker te omschrijven gedragingen. Deze 2 typen vragen volgens de faculteitsmedewerkers om een verschillende manier van remediëren. Voor de groep 'niet-complexe' onprofessionele gedragingen lijkt eenvoudige, op het gedrag georiënteerde remediering te volstaan. Voor de tweede categorie is een meer holistische benadering noodzakelijk, waarbij er ook aandacht nodig is voor de professionele identiteit(sontwikkeling).

Discussie

De gevonden typologie van onprofessionele gedragingen is in lijn met onderzoek, gedaan in de basisopleiding(2), waarbij het in de eerste groep vooral lijkt te gaan om integriteit, interactie en inzet. Dit wordt doorgaans op de werkvloer van de opleidingspraktijk geremedieerd door de huisarts-opleider. Bij de tweede groep, met minder eenduidig gedrag, lijkt gebrek aan inzicht bij de AIOS een rol te spelen. De vereist hier een holistischer en intensievere aanpak, met medeneming van de professionele identiteitsvorming.(1) Hierbij wordt uiteindelijk vaak de faculteit bij betrokken. Vervolgonderzoek zal zich moeten richten op professionele identiteitsvorming van AIOS in opleidingspraktijk.

Referenties

- 1 Barnhoorn PC, Houtlosser M, Ottenhoff-de Jonge MW, Essers G, Numans ME, Kramer AWM. A practical framework for remediating unprofessional behavior and for developing professionalism competencies and a professional identity. *Medical teacher*. 2018;1-6.
- 2 Mak-van der Vossen M, van Mook W, van der Burgt S, Kors J, Ket JCF, Croiset G, et al. Descriptors for unprofessional behaviours of medical students: a systematic review and categorisation. *BMC medical education*. 2017;17(1):164.

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

Wijze van presentatie: Poster

J.A. Domburg, J.K.G. Wietasch, R.B. Huitema, C.R.M. Barends
UMC Groningen

Context/probleemstelling of aanleiding

Het leveren van 24-uurs gezondheidszorg is niet haalbaar zonder inbreuk te maken op het biologische dag-nacht ritme van zorgverleners. Veel onderzoek is gedaan naar de lange termijn gezondheidsrisico's van nachtdiensten. De directe gezondheidsrisico's kunnen echter minsten zo ingrijpend zijn. Verkeersongevallen na een nachtdienst door vermoeidheid en afgenomen alertheid is de belangrijkste veroorzaker van directe gezondheidsschade [1]. Uit simulatie onderzoek blijkt dat AIOS na zes aaneengesloten nachtdienst meer moeite hebben met zich concentreren en het besturen van een voertuig. AIOS anesthesiologie in het UMCG in Groningen hebben een rooster met vier aaneengesloten nachtdiensten. Deze studie werd verricht om te onderzoeken of dit rooster ook een nadelig effect heeft op de rijgeschiktheid van AIOS na nachtdiensten.

Beschrijving van de interventie/innovatie

In deze cross-over studie namen AIOS deel aan een nulmeting (vóór een dagdienst) en een studiemeting na vier aaneengesloten nachtdiensten. De rijgeschiktheid na vier 8-urige nachtdiensten werd onderzocht in een gecertificeerde rij simulator. Daarbij werden oplettendheid (vigilantie) en functioneel gezichtsveld (useful field of view) als primaire uitkomstmaten gebruikt. Beide zijn belangrijke determinanten van rijgeschiktheid en worden gebruikt bij medicolegale bepalingen van rijgeschiktheid tijdens neuropsychologische rijbewijskeuringen. Voorafgaand aan beide sessies in de rij simulator werd middels een Visual Analogue Scale (1-10) de subjectieve vermoeidheid en alertheid gemeten. Als secundaire uitkomstmaat werd in een aparte rijtest de rij snelheid gemeten als surrogaat voor risicovol rijgedrag

Ervaringen/analyse van de implementatie

De 17 deelnemers rapporteerden na vier nachtdiensten een significant hogere subjectieve vermoeidheid ($F(1, 14) = 16.10, p=0.001$) en een significant lagere alertheid ($F(1, 14) = 75.72, P < 0.001$) dan voorafgaand aan een normale dagdienst. In vergelijking met de nulmeting werd tijdens de studiemeting geen significant slechtere score gezien bij de gemiddelde (SD) useful field of view (55.95 (7.51) vs 55.71 (7.01); $p=0.91$) of vigilantie ($F(1,16) = .07; p=0.98$). Wel is er een significante afname van de vigilantie over de tijd gevonden tijdens beide metingen. De snelheid van afname van vigilantie verschilt niet significant, gemiddelde (SD) (0.46 (1.27) vs 0.73 (1.04); $p=0.35$). Bij de beoordeling van risicovol gedrag werd geen significant verschil in gereden gemiddelde (SD) snelheid gemeten: (101.31 (7.51) vs 100.32 (13.07); $p= 0.72$).

Lessons learned (implicaties voor de praktijk)

Ondanks dat AIOS zich meer vermoeid en minder alert voelden na vier nachtdiensten dan op een normale ochtend zijn er geen aanwijzingen gevonden dat hun rijgeschiktheid is afgenomen. Dit is in contrast met onderzoek bij meer dan vier nachtdiensten [1]. Bij vier aaneengesloten nachtdiensten zien we geen aanwijzingen voor een verhoogd verkeersongevallen risico van AIOS anesthesiologie.

Referentie

1 Huffmyer JL1, Moncrief M, Tashjian JA, Kleiman AM, Scalzo DC, Cox DJ, Nemergut EC. Driving Performance of Residents after Six Consecutive Overnight Work Shifts. *Anesthesiology*. 2016 Jun;124(6):1396-403.

Trefwoord: Education Management: Mobility, Students/Trainees: Health and welfare

Wijze van presentatie: Poster

Groepsbesprekingen over het functioneren van AIOS: waardevol voor het oordeel van de opleider?

M.E. Duitsman
Radboudumc

Probleemstelling

In de medisch specialistische vervolgoopleidingen worden groepsbesprekingen om het functioneren van de AIOS te beoordelen in toenemende mate een verplicht onderdeel van het toetsingsprogramma. Het idee om het functioneren van AIOS in een groep te bespreken komt onder andere voort uit de intuïtieve gedachte dat een groep een betere beslissing neemt dan één persoon. Literatuur over groepsbesprekingen en groepsbeslissingen laat echter zien dat groepen lang niet altijd betere beslissingen nemen dan individuen¹. Omdat het groepsoordeel over het functioneren van AIOS naar verwachting in alle opleidingen een veelgebruikte manier van toetsen zal gaan worden, is het van belang om te kijken hoe deze groepsbesprekingen plaats vinden nu ze nog niet als een verplicht onderdeel opgenomen zijn in het toetsingsprogramma. Wij hebben daarom onderzocht hoe groepsbesprekingen plaats vinden, wat er tijdens de bespreking aan informatie gedeeld wordt over AIOS en wat voor invloed deze besprekingen hebben op het oordeel van de opleider.

Methode

We observeerden tien groepsbesprekingen bij verschillende medische specialismen en gebruikten daarvoor een semi-gestructureerd observatieschema. Binnen een maand na de vergadering interviewden we de opleider, waarbij we een semi-gestructureerde vragenlijst gebruikten. Van zowel de groepsbesprekingen als de interviews werden geluidsopnames gemaakt. Deze werden daarna getranscribeerd. Met behulp van een framework analyse werden de transcripten geanalyseerd.

Resultaten (en conclusie)

De informatie die gedeeld werd tijdens de besprekingen had twee doelen: een oordeel over het functioneren van de AIOS vormen en het ontwikkelen (onderwijzen, bijsturen) van de opleidingsgroep. De meeste discussies werden niet gestructureerd door de groepsleider (de opleider). De focus van de discussies lag op 'problematische AIOS'. Goed functionerende AIOS werden vaak maar kort besproken. De opleiders die het meeste profijt hadden van de besprekingen waren degene die de discussies structureerden en samenvatten en die vonden dat de leden van de opleidingsgroep betrokken waren, de bespreking belangrijk vonden en hetzelfde idee hadden over opleiden en beoordelen.

Conclusie: De discussies in de meeste besprekingen werden niet gestructureerd door een groepsleider en de focus in de besprekingen lag vooral op de 'problematische AIOS'. Opleiders die de besprekingen structureerden en die de opleidingsgroep betrokken vonden bij de besprekingen hadden meer profijt van de besprekingen voor hun oordeelsvorming over het functioneren van de AIOS.

Discussie

Literatuur over groepsbesprekingen laat zien dat het belangrijk is om discussies te structureren om tot een effectieve informatieoverdracht te komen. Ineffectieve informatieoverdracht brengt het vormen van een goed oordeel in gevaar. Door een groepsleider de discussies te laten structureren wordt er meer informatie gedeeld waardoor er potentieel een beter oordeel gevormd wordt². Het feit dat opleiders de vergadering nuttiger vonden als de leden van de opleidingsgroep meer betrokken waren, is terug te voeren naar literatuur over *shared mental models*². Het is voor het vormen van een goed oordeel in een groep van belang dat de groepsleden een shared mental model hebben. Dit houdt in dat de leden allemaal hetzelfde doel voor ogen hebben van de taak van de groep en het zelfde idee hebben over hoe deze taak volbracht moet worden. Het structureren van de discussies en daarnaast de ontwikkeling van een shared mental model over opleiden en beoordelen zal de besprekingen over het functioneren van AIOS op een ontwikkelingsgerichte manier bevorderen om te voorkomen dat de focus voornamelijk op problematische AIOS ligt.

Referenties

- 1 Schulz-Hardt S, Mojzisch A. How to achieve synergy in group decision making: Lessons to be learned from the hidden profile paradigm. *European Review of Social Psychology*. 2012;23(1):305-43
- 2 Hauer KE, Cate Ot, Boscardin CK, Iobst W, Holmboe ES, Chesluk B, et al. Ensuring resident competence: a narrative review of the literature on group decision making to inform the work of clinical competency committees. *Journal of graduate medical education*. 2016;8(2):156-64.

Trefwoord: Assessment: All, Medical education: Postgraduate education, Teachers/Trainers: General

Wijze van presentatie: Poster

Ontwikkeling van vragenlijst over culturele competenties na training interculturele palliatieve zorg

K.N. Lanting¹, G. Boland², J.L. Suurmond¹

¹Amsterdam UMC loc. AMC, ²Pharos Expertisecentrum Gezondheidsverschillen

Context/probleemstelling of aanleiding

Zorgverleners voelen zich vaak niet voorbereid om palliatieve zorg aan patiënten met een migratieachtergrond te geven. Een taalbarrière, lage gezondheidsvaardigheden van patiënten en verschillen in culturele opvattingen over ziekte en het einde van het leven spelen hierbij een rol. Zorgverleners kunnen kwaliteit van zorg voor deze groep patiënten en diens naasten verbeteren door over de kennis, attitude en vaardigheden te beschikken om patiënten en naasten uit diverse patiëntenpopulaties optimale zorg te bieden. Om zogenoemde culturele competenties van studenten en zorgverleners te meten, is in het kader van het ZonMw project 'In gesprek over leven en dood. Passende zorg en ondersteuning in de laatste levensfase voor niet-westerse migranten' een vragenlijst 'Culturele competenties in de palliatieve zorg' ontwikkeld.

Beschrijving van de interventie/innovatie

De vragenlijst is gebaseerd op een vragenlijst van Seeleman (2014) die kennis, reflectievermogen en en zelfgerapporteerde consultatievaardigheden meet. Deze vragenlijst is doorontwikkeld voor het meten van culturele competenties in het geven van palliatieve zorg. Dit is gebeurd op basis van literatuuronderzoek en op basis van interviews in het kader van het ZonMw-project met patiënten en naasten van Surinaams-Creoolse, Surinaams-Hindoestaanse, Turkse, Chinese, Antilliaanse en Marokkaanse herkomst. We hebben specifieke kennis over palliatieve zorg aan migranten, reflectie op casuïstiek en consultatievaardigheden (kennis en attitudes hiervan) hierin opgenomen. Ook is er een vraag naar self-perceived culturele competenties. De uiteindelijke vragenlijst bestaat uit negen onderdelen en drie demografische vragen (geboortejaar, studierichting en migratieachtergrond).

Ervaringen/analyse van de implementatie

De vragenlijst is gepilot en daarna gebruikt (voor en na) onderwijs gegeven door Pharos aan 2^e en 3^e jaars verpleegkundestudenten en geneeskundestudenten over interculturele palliatieve zorg. Ook zijn aanvullende interviews gehouden met studenten over hun ervaringen met dit onderwijs. De vragenlijst liet een effect zien in voor- en nameting, en daarmee een positief effect van training op culturele competenties. De interviews ondersteunden dit resultaat.

Lessons learned (implicaties voor de praktijk)

Het is mogelijk om een specifieke vragenlijst te ontwikkelen op basis van een vragenlijst die algemene culturele competenties meet.

De resultaten van de afgenomen vragenlijst geven inzicht in waar onderwijs over cultuursensitieve zorg in het curriculum nodig is.

Een vragenlijst kan het beste worden aangevuld met andere methodes, bijvoorbeeld interviews, om meer zicht te krijgen op concreet ervaren dilemma's en leerbehoeften.

Referentie

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: Assessment: General

Wijze van presentatie: Poster

B19.6 / Exchange hall

Een onderzoek naar zelfgereguleerd leren bij korte video's in een blended omgeving: Een pilot studie bij de Geneesmiddel van de Week video's in het Erasmus MC

F. van Rosse¹, S. Cammeraat², M.E.W. Dankbaar¹, J. Versmissen¹, M. Baars²

¹Erasmus MC,²Erasmus Universiteit

Context/probleemstelling of aanleiding

Meer en meer wordt in het hoger onderwijs gebruik gemaakt van blended learning. Zo ook in de Rotterdamse geneeskunde master. Naast voordelen van blended onderwijs, zijn er ook uitdagingen. Eén hiervan is de rol van zelfregulatievaardigheden (i.e., monitoring en controle). Uit de literatuur is reeds bekend dat studenten hun eigen kennis en vaardigheden vaak overschatten na het leren van voorbeelden zoals instructievideo's [1]. In deze pilotstudie is aan de hand van drie onderzoeksvragen onderzocht of zelfregulatievaardigheden gestimuleerd kunnen worden doormiddel van monitoring en controle vragen (i.e., prompts):

Wat is het effect van monitoring en controle prompts tijdens het leren van online video's op leerprestaties?

Welke rol spelen de al aanwezige metacognitieve leerstrategieën bij het effect van monitoring en controle prompts op leerprestaties?

Hoe ontwikkelen de zelfregulatievaardigheden in de verschillende condities zich in de loop van de cursus?

Beschrijving van de interventie/innovatie

Voor dit onderzoek zijn 2 groepen van 90 masterstudenten in het 7-weekse onderwijsblok inwendige geneeskunde benaderd voor vrijwillige deelname. In elke week van het onderwijsblok is er één "geneesmiddel van de week-video". Voor dit onderzoek is hier elke week een korte kennisquiz aan toegevoegd.

Na informed consent zijn de studenten 1:1 gerandomiseerd. In de interventiegroep werden na elke video twee monitoring judgments en één controle beslissing aangeboden. De monitoring judgments meten hoe zeker de participanten zijn dat zij vragen kunnen beantwoorden over de werking van het geneesmiddel en hoe zeker zij zijn dat zij het geneesmiddel juist kunnen voorschrijven na het bekijken van de video. De controle beslissingen meten of de participanten verder willen gaan of de video opnieuw willen bekijken.

Zowel bij start als aan het einde van het onderwijsblok werd bij alle studenten de aangepaste schaal "metacognitive self-regulation revised" (MSR-R) en de "time and study environment schaal" (TSE) uit de MSLQ afgenomen. In de laatste week van het onderwijsblok maakten de studenten een afsluitende toets met daarin 2 vragen per video.

Ervaringen/analyse van de implementatie

Resultaten worden in mei-juni 2019 geanalyseerd. De vragen worden geanalyseerd met One-Way ANCOVA's, en de absolute accuracy, bias en consistentie van de controle beslissingen worden geanalyseerd met Repeated Measures ANCOVA's. De rol van de MSR-R en TSE bij het effect van de monitoring judgments en controle beslissingen op de leerprestaties zal exploratief geanalyseerd worden met een moderatie-analyse.

Lessons learned (implicaties voor de praktijk)

Resultaten van deze pilotstudie dagen bij aan het zo optimaal mogelijk implementeren van korte video's in blended curricula en de rol van zelfregulatievaardigheden daarin.

Referenties

1 Kardas, M et al 2018

2 doi: 10.1177/0956797617740646

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

Wijze van presentatie: Poster

16.45-17.15 WISSELPAUZE MET FRIS EN SNACK

17.15-18.30 **Blok C**

C1.1 / Mees auditorium **Komt een student bij de dokter**

A. Jonker, M. van Ruissen
De geneeskundestudent

Welkom in de omgekeerde wereld. In plaats van dat jullie ons feedback gaan geven, draaien we de rollen om...

In de dagelijkse praktijk doen jullie ontzettend jullie best om ons de fijne kneepjes van het vak aan te leren. Dat zien én waarderen we. We bewonderen de manier waarop jullie alle ballen hoog houden en hopen dit later ook te kunnen. Jullie zijn goede artsen, wetenschappers, ouders, partners en óók nog verantwoordelijk voor het opleiden van de volgende generatie artsen. Dus we begrijpen dat het geven van gedegen feedback soms niet de prioriteit heeft in jullie overvolle agenda's. Helaas beïnvloedt dit de kwaliteit van de beoordelingen.

Daarom willen wij van De Geneeskundestudent de huidige manier van geven van feedback tijdens het NVMO congres op een speelse wijze aan de kaak stellen. Uit onze jaarlijkse enquête is gebleken dat tweederde van de coassistenten niet tevreden is over de feedback en de beoordelingen als subjectief ervaart. Hierbij geven de coassistenten aan voornamelijk afhankelijk te zijn van het persoonlijke contact met de beoordelaar en het vertonen van zelfstandigheid. Ze zeggen vaker feedback te willen ontvangen van medisch specialisten, maar geven aan dat deze hiervoor in de meeste gevallen te weinig tijd hebben.

Door middel van interactieve sketches willen wij de artsen die verantwoordelijk zijn voor het opleiden van coassistenten een spiegel voorhouden. Door opleiders veel voorkomende feedback-situaties te laten ervaren, hopen we hen inzicht te verschaffen in de soms goede, soms grappige en soms treurige wijze waarop coassistenten worden beoordeeld.

Wijze van presentatie: Fringe

C1.2 / Mees auditorium

The beetle-in-a-box: stop met meten wat je niet kunt weten!

Croix A de la¹, Veen M²

¹Amsterdam UMC, loc. VUmc, Erasmus MC²

Vorig jaar spraken we over de reflectieve zombie. Inmiddels zijn we een jaar verder en hebben we de oorzaak van het zombieprobleem weten te achterhalen. U zult verrast zijn: de oorzaak ligt bij kevers in doosjes, en de manier waarop wij daarmee omgaan.

Veronderstel dat iedereen een doosje zou hebben, en dat daarin iets zat dat wij 'kever' noemen. Niemand kan ooit in het doosje van een ander kijken; en iedereen zegt dat hij alleen doordat hij naar zijn kever gekeken heeft weet wat een kever is. – Dan zou het toch kunnen zijn dat iedereen een ander ding in zijn doosje had. Ja, je zou je kunnen voorstellen dat zo'n ding voortdurend veranderde (...) het doosje zou ook leeg kunnen zijn.'

- Ludwig Wittgenstein, *Filosofische Onderzoekingen* §293

In deze Fringe gebruiken we Wittgensteins 'beetle-in-a-box' analogie om te praten over het leren en beoordelen van persoonlijke ervaringen in medisch onderwijs. Zaken zoals reflectie, empathie, persoonlijke groei, en professionele identiteitsontwikkeling zijn belangrijk in medisch onderwijs. Maar.... het zijn kevers. Oftewel: ze hebben te maken met innerlijke processen die studenten kunnen voelen of ervaren. Maar ze zijn helaas ontoegankelijk voor derden. We kunnen deze kevers niet zien bij anderen, laat staan ze vergelijken. We kunnen er alleen over praten. De aard van dit beestje verschilt wezenlijk van medische kennis en technische vaardigheden. In beide laatste gevallen hebben we een externe maatstaf waaraan we het kunnen meten, maar voor kevers niet. Wij zullen onze zorgen delen over de manier waarop de kevers in hun doosjes behandeld worden, namelijk als iets dat direct meetbaar en beoordeelbaar is. We doen een oproep om de privacy van privé ervaringen te respecteren en niet langer het onmeetbare proberen te meten.

In deze fringe zullen we een aantal live experimenten uitvoeren met het publiek waarin we zien wat er gebeurt als we privé ervaringen wel proberen te beoordelen. Kom kijken hoe wij dit proberen en hoe we hierin grandioos zullen falen! We laten daarnaast ook zien welk raam er opengaat als we de deur van objectiviteit dichtgooien. Want wanhoop niet, we komen met oplossingen!

Wijze van presentatie: Fringe

C1.3 / Mees auditorium

“Water bij de wijn: hoe je een droog onderwerp speels en sappig kunt leren”

V. Langenhorst, E. Draaisma, J. Bekhof, P. Brand
Isala Zwolle

Achtergrond

Hoewel het belang van evidence based medicine (EBM) vaardigheden voor optimale patiëntenzorg en opleiding vaststaat worstelen de meeste artsen met het toepassen ervan, en daarom ook met het overbrengen van deze vaardigheden aan hun aios. EBM wordt vaak nog gezien als een academische activiteit waarvan de relatie met de dagelijkse praktijk onduidelijk is. Het doceren en aanleren van EBM vaardigheden wordt dan ook vaak als saai en taai beschouwd. Wij hebben daarom speelse en leuke methoden ontwikkeld om EBM vaardigheden onder de knie te krijgen en te onderwijzen. Vorig jaar bewezen we dat al met onze EBM Wild West Show, dit jaar gaan we aan de slag met water, wijn, en snel uitstervende populaties van proefpersonen.

Clinici gebruiken dagelijks odds ratio's (OR), maar verwarren ze doorgaans met relatieve risico's (RR). Het verschil tussen OR en RR lijkt ook moeilijk te doorgronden, behalve voor doorgewinterde sportgokkers en statistici. Toch is het belangrijk om het verschil te begrijpen en te kunnen onderwijzen omdat ORs vaak worden misbruikt als RR en dan een vertekende (te grote) schatting van het effect geven.

Wat gaan we doen?

In een speelse sessie van 15 minuten laten we u het verschil tussen RR en OR ervaren op een manier die u uw leven lang zal bijblijven. U bent gewaarschuwd: we hebben 6 vrijwilligers nodig. We gebruiken ook water en wijn. Als u geluk heeft overleeft u het experiment en bent u een fles wijn rijker. Pech leidt tot het drinken van water, of een fictieve dood. Als toehoorders bent u zeker van veel lachen en nieuwe kennis over OR, RR, en een speelse manier om complexe begrippen te onderwijzen.

Wijze van presentatie: Fringe

C1.4 / Mees auditorium

Slechte dia's

D. Dobbe
LRCB

Een van mijn collega's reist de hele wereld over en komt daarbij op vele wetenschappelijke congressen. Hij maakt daarbij zoals veel anderen regelmatig foto's van dia's tijdens presentaties. Op zich is dit niet bijzonder, ware het niet dat hij foto's maakt van slechte dia's. En het ergste van dit alles is dat hij in een paar jaar tijd een enorme collectie heeft opgebouwd, die met elk congresbezoek blijft groeien.

Vier veel voorkomende fouten op 'slechte dia's' zijn:

1. "Mijn presentatie wordt op een groot scherm getoond, tof! Nu kan ik tekst, plaatjes, grafieken en logo's allemaal op één dia plaatsen!"
2. "Het is extreem belangrijk dat het publiek de boodschap goed ontvangt, dus ze moeten wel mee kunnen lezen met wat ik te zeggen heb."
3. "Wat zal het publiek onder de indruk zijn van de hoeveelheid data die ik heb verzameld in deze mega grote tabel / grafiek!"
4. "Lettertypes, kleuren, schaduwen, animaties, yes! Ik ben gek op PowerPoint!"

Waarom zijn dit eigenlijk 'fouten'?

De reden daarvoor heeft te maken met de Cognitive Load theorie. Deze theorie vertelt ons onder andere dat om informatie op te kunnen slaan in het lange termijn geheugen, deze informatie eerst via het werkgeheugen verwerkt moet worden. En laat daar nou net het probleem zitten. Ons werkgeheugen heeft maar een zeer beperkte capaciteit, wat betreft duur en capaciteit. Als we ons werkgeheugen dus overvoeren met teveel zaken tegelijkertijd, gaat de boodschap die jij als docent/ spreker wilt overdragen verloren in het geweld van tekst, spraak, grafieken, afbeeldingen, logo's etc. Met als resultaat dat het publiek waarschijnlijk niet onthoudt wat je zojuist hebt verteld.

Maar wat is dan de oplossing?

Eenvoud. Duidelijkheid. Helderheid. Richting. Afbeeldingen. Voorbeelden. Geen onnodige vervuiling op je dia's. Zo min mogelijk tekst. En boven alles moet de focus liggen op jouw verhaal. De dia's zijn er alleen maar om dat te ondersteunen. En niet andersom.

Ik vind dat het fotoalbum van mijn collega groot genoeg is. Laten we stoppen het te voeden!

Wijze van presentatie: Fringe

C2 / Van Oldenbarnevelt room

Academische vrijheid in medisch onderwijs

A. Wouters¹, I.A. Slootweg², R. Van der Leeuw³, E. Paternotte⁴, L. Stammen⁵, M. Van Wijngaarden⁶, K. van Loon⁷

¹Amsterdam UMC loc. VUmc, ²LUMC, ³Amaris Zorggroep, ⁴Meander Medisch Centrum, ⁵Maastricht University, ⁶Slingeland Ziekenhuis, ⁷Amsterdam UMC, Loc. AMC

Thema

Academische vrijheid wordt gedefinieerd als “freedom of teaching and discussion, freedom in carrying out research and disseminating and publishing the results thereof...” We merkten tijdens het lustrumcongres dat het thema Academische vrijheid leefde onder studenten en meerdere NVMO-leden. Het onderwerp is té belangrijk om het na het lustrum niet meer aan te orde te laten komen binnen de NVMO. Er is tijdens het lustrumcongres bewustzijn ontstaan met betrekking tot het thema, maar voor zowel onderwijs als onderzoek mist er verdere concretisering van het thema binnen de NVMO.

Doel

Academische vrijheid in het netwerk van de NVMO concretiseren voor onderwijs en onderzoek.

Doelgroep

Iedereen die bereid is verder te kijken dan zichzelf, de eigen werkplek, organisatie en omgeving en tegelijkertijd kritisch wil kijken naar de mogelijkheden om academische vrijheid daarbinnen te concretiseren.

Opzet: activiteiten en opbrengst

De activiteiten bij deze ronde tafel bestaan uit een interactief werken in groepen waarbinnen het thema academische vrijheid gelinkt is aan verschillende onderwerpen die voor de NVMO belangrijk zijn zoals bijvoorbeeld onderwijs en toetsing, raamplan, selectie, speaking-up, feedback, professionele identiteit, internationale samenwerking, wetenschap en publiceren. We zullen stellingen gebruiken om tot discussie te komen voor zowel onderwijs als onderzoek. De discussie heeft als doel om tot concretisering te komen. Het samen verkennen en uitwisselen van ervaring zal dus in dienst staan van het concreet maken van het thema academische vrijheid. De opbrengst van deze sessie is een overzicht van concrete mogelijkheden van en voor academische vrijheid binnen onderwijs en onderzoek. Met de deelnemers willen we actiepunten formuleren om academische vrijheid concreet toe te passen op de praktijk van medisch onderwijs, op persoonlijk, lokaal en landelijk niveau, en brengen we in kaart welke partijen hierbij betrokken kunnen/moeten worden. De organisatoren gebruiken de opbrengst daarnaast om te onderzoeken hoe academische vrijheid binnen de NVMO een plek kan krijgen. De deelnemer gaat de deur uit met meer kennis over de complexiteit en uitgebreidheid van academische vrijheid met handvatten die aanzetten tot nadenken.

Max aantal deelnemers: 60

Trefwoord: Medical education: All

Wijze van presentatie: Rondetafel sessie

C3.1 / Diamond room I

Op zoek naar processen voorwaardelijk voor zelfsturend leren in een e-portfolio voor huisartsen in opleiding

R. van der Gulden¹, B.P.A. Thoonen¹, N.D. Scherpbier-de Haan¹, A.W.M. Kramer², G. Sagasser³, J.W.M. Muris⁴, R.F.J.M. Laan¹, S. Heeneman⁴

¹Radboudumc,²LUMC,³Huisartsopleiding Nederland,⁴Universiteit Maastricht

Probleemstelling

Binnen het (medisch) onderwijs worden elektronische (e-) portfolio's ingezet om zelfsturend leren te bevorderen. Doorgaans worden vier processen, voorwaardelijk voor zelfsturend leren, genoemd die ondersteund zouden kunnen worden door een e-portfolio: reflectie, feedback, het stellen van doelen, en monitoring (1).

Gebruikers uiten zich in meerdere studies sceptisch over de educatieve waarde van e-portfolio's. Het is onduidelijk of hier sprake is van een negatieve perceptie, bijvoorbeeld als gevolg van de belasting en tijdinvestering die e-portfoliogebruik vraagt, of dat e-portfolio's slechts een beperkte meerwaarde hebben voor zelfsturend leren.

Onderzoek dat toont in hoeverre genoemde processen van zelfsturend leren voorkomen in e-portfolio's ontbreekt. Gelet op het belang van zelfsturend leren, t.b.v. een levenlang leren, is inzicht in de mate en het niveau van zelfsturende processen in e-portfolio's essentieel. De onderzoeksvraag is: welke processen voorwaardelijk voor zelfsturend leren zijn identificeerbaar in de inhoud van e-portfolio's?

Methode

Er is gebruik gemaakt van een database met geanonimiseerde e-portfolio's van huisartsen in opleiding (aios-h) van drie opleidingsinstituten (Leiden UMC, Maastricht UMC+ en Radboudumc). Naast beschrijvende statistiek van de voorgestructureerde formulieren uit 1022 e-portfolio's is een gerichte inhoudsanalyse toegepast (2). Een codeboek is geconstrueerd om de e-portfolio's te beoordelen op de aanwezigheid van criteria voor 'good practice' uit de literatuur t.a.v. de vier processen van zelfsturend leren. Na afstemming bereikten twee beoordelaars een adequate interbeoordelaarsbetrouwbaarheid (Krippendorff's alpha gemiddeld 0.88) en zijn 90 e-portfolio's systematisch beoordeeld.

Resultaten (en conclusie)

Het aantal portfolioformulieren in de e-portfolio's verschilde sterk. Verplichte portfolioformulieren ontbraken regelmatig, daarnaast werd weinig gebruik gemaakt van facultatieve portfolioformulieren. De inhoudsanalyse toonde dat er weinig reflecties worden gedocumenteerd in het e-portfolio. Aanwezige reflecties beschreven gebeurtenissen en vaardigheden -veelal op positieve wijze- zonder verklaringen of verdieping. De feedback van docenten en praktijkopleiders beperkte zich regelmatig tot het benoemen van punten die (niet) goed gaan en miste aan specificiteit, duiding en toekomstperspectief. De beoordeelde leerdoelen en -plannen lieten eenzelfde tendens zien: specificiteit, o.a. door het benoemen van een tijds kader, ontbrak. Wel beschreven de meeste aios-h leerdoelen die uitdagend en coherent zijn. Driekwart van de e-portfolio's liet tekenen van monitoring zien.

Er was geen samenhang tussen kwantiteit en kwaliteit: een e-portfolio met relatief weinig formulieren kon aan veel van de beoordeelde criteria voldoen, net zoals er e-portfolio's waren met veel formulieren waarin nauwelijks aan de gehanteerde criteria voor zelfsturend leren werd voldaan.

Discussie

Criteria van vier processen voorwaardelijk voor zelfsturend leren - reflectie, feedback, het stellen van doelen, en monitoring - zijn beperkt zichtbaar in de e-portfolio's van aios-h. Het in de literatuur benoemde spanningsveld tussen toetsing en zelfsturend leren binnen hetzelfde portfolio is hierbij mogelijk een factor.

De manier waarop het e-portfolio geïmplementeerd is speelt mogelijk ook een rol. Bij het bestudeerde portfolio lag de nadruk op accountability en toetsing en minder op zelfsturend leren. Mogelijk zijn docenten, opleiders en aios-h onvoldoende op de hoogte van zelfsturend leren en wat het e-portfolio hiervoor kan betekenen.

Dit onderzoek laat weinig aanwijzingen zien voor de aanwezigheid van processen van belang voor zelfsturend leren in e-portfolio inhoud. Het is onduidelijk of zelfsturend leren onvoldoende wordt vastgelegd in de e-portfolio's of dat zelfsturend leren überhaupt weinig plaatsvindt bij aios-h. Duiding door de verschillende betrokken partijen is nodig om hier meer zicht op te krijgen.

Referenties

- 1 Van Tartwijk J, Driessen EW. Portfolios for assessment and learning: AMEE Guide no. 45. Med Teach. 2009;31(9):790-801.
- 2 Hsieh H-F, Shannon SE. Three approaches to qualitative content analysis. Qual Health Res. 2005;15(9):1277-88.

Trefwoord: Teaching & learning: Portfolios, Learning outcomes: Life-long learning, Medical education: Postgraduate education

Wijze van presentatie: Onderzoekspaper

C3.2 / Diamond room I

Een goed begin is het halve werk: het effect van motivatie voor onderzoek aan het begin van de studie op daadwerkelijke betrokkenheid bij onderzoek

B.W.C. Ommering, F.M. van Blankenstein, F.W. Dekker
LUMC

Probleemstelling

Het medische veld kampt met een internationaal tekort aan arts-onderzoekers. Arts-onderzoekers zijn actief in zowel onderzoek als klinische praktijk en zijn daarmee belangrijk voor ontwikkelingen binnen het medische domein. Studenten vroeg betrekken bij en motiveren voor onderzoek is een mogelijke oplossing voor het toenemende tekort [1]. Veel motivatietheorieën, waaronder de Self-Determination Theory (SDT), beschrijven hoe studenten te motiveren zijn [2] en eerdere studies onderzoeken motivatie voor onderzoek als ultieme uitkomstmaat [1]. Is het gerechtvaardigd om motivatie voor onderzoek bij studenten als sleutel tot succes te bestempelen om arts-onderzoekers te ontwikkelen? Het is onbekend of intrinsieke (IM) dan wel extrinsieke (EM) motivatie voor onderzoek leidt tot daadwerkelijke betrokkenheid bij onderzoek. Daarom is de onderzoeksvraag van deze studie: 'wat is de invloed van IM en EM voor onderzoek op daadwerkelijke betrokkenheid bij onderzoek?'

Methode

Binnen deze prospectieve cohort studie is met behulp van een vragenlijst aan het begin van de opleiding IM en EM voor onderzoek bij eerstejaarsstudenten Geneeskunde gemeten. De vragenlijst bestaat uit gevalideerde schalen die zijn aangepast voor de medische onderwijssetting en een focus op het doen van onderzoek [2]. Als onderdeel van een grotere longitudinale studie worden studenten tijdens de bachelor gevolgd, waarbij betrokkenheid bij onderzoek vastgesteld is in het tweede opleidingsjaar. Logistische regressie analyses zijn gebruikt om de invloed van motivatie op betrokkenheid bij onderzoek te bekijken. De relatie is zowel univariaat als multivariaat getoetst, waarbij er gecorrigeerd is voor geslacht, leeftijd, self-efficacy, percepties van onderzoek en nieuwsgierigheid (eveneens gemeten in de vragenlijst).

Resultaten (en conclusie)

In totaal 315 van de 316 benaderde studenten hebben geparticipeerd binnen deze studie (99.7%), waarvan 55 studenten (17.5%) onderzoek deden in het tweede jaar. Hogere IM was gerelateerd aan betrokkenheid bij onderzoek (OR=3.4, 95%CI=2.07-5.58), ook na gecorrigeerd te hebben voor geslacht, leeftijd, self-efficacy, percepties en nieuwsgierigheid (OR=2.5, 95%CI=1.34-4.76). Er was een ruw effect van EM op betrokkenheid bij onderzoek (OR=1.4, 95%CI=.96-2.1), dit effect verdween echter in het multivariate model (OR=1.04, 95%CI=.67-1.63). Bovendien bleef IM significant na te corrigeren voor EM (OR=3.4, 95%CI=2.01-5.7), maar verdween het effect van EM na gecorrigeerd te hebben voor IM (OR=1.01, 95%CI=.67-1.55).

Discussie

IM voor onderzoek aan het begin van de opleiding heeft substantiële invloed op het doen van onderzoek in het tweede opleidingsjaar. EM voegt niets toe bovenop IM. Onze resultaten zijn in lijn met de SDT, waarin gesteld wordt dat IM in het algemeen van hoge kwaliteit is en gestimuleerd moet worden [2]. Onze resultaten suggereren een sterke invloed van IM specifiek op betrokkenheid bij onderzoek, dit impliceert dat IM voor onderzoek gestimuleerd zou moeten worden onder medische studenten om betrokkenheid bij onderzoek te vergroten. Aangezien IM leidt tot daadwerkelijke betrokkenheid bij onderzoek, en betrokkenheid bij onderzoek in de opleiding in eerder onderzoek gerelateerd bleek te zijn aan betrokkenheid bij onderzoek als toekomstig arts, kan IM voor onderzoek gezien worden als 'sleutel tot succes' en de eerste stap tot het ontwikkelen van de volgende generatie van arts-onderzoekers.

Referenties

1 Chang & Ramnanan (2015). A Review of Literature on Medical Students and Scholarly Research. *Academic Medicine*, 90(8), 1162-1173.

2 Ryan & Deci (2017). *Self-determination theory: basic psychological needs in motivation, development, and wellness*. Guilford Publications.

Trefwoord: Learning outcomes: Research, Medical education: Undergraduate education, Research in medical education: All

Wijze van presentatie: Onderzoekspaper

C.B.T. Rietmeijer

Amsterdam UMC loc. VUmc

Probleemstelling

Er is veel recent onderzoek naar verklaringen voor de tegenvallende implementatie van observatie in de medische vervolgoopleidingen¹. Het creëren van langer durende opleidingsrelaties wordt daarin veelal gezien als een weg voorwaarts¹. Bij bestudering van deze literatuur valt het op dat observatie steeds als een belangrijke voorwaarde voor geloofwaardige feedback en beoordeling wordt beschreven, maar zelf een black box blijft, nauwelijks geëxploreerd als een fenomeen op zich. Ellaway en Bates introduceerden 'pattern language' om vage onderwijsconcepten en -interventies preciezer in hun context te beschrijven, als 'patronen', zodat de lezer weet hoe hij resultaten van onderzoek naar zijn eigen context kan vertalen². Wij hebben in langdurige opleidingsrelaties onderzocht welke observatiepatronen er bestaan volgens de aios, en of en hoe deze patronen hen helpen bij het leren. Een meer gedifferentieerd beeld van observatie kan richting geven aan interventies om observatie beter te laten werken in de opleidingspraktijk

Methode

Data-verzameling en analyse vonden plaats volgens de principes van constructivist grounded theory. In vier focusgroep-sessies vroegen wij in totaal 31 aios huisartsgeneeskunde naar hun ervaringen met verschillende verschijningsvormen van observatie van technische vaardigheden in de opleidingspraktijk. Data zijn iteratief verzameld en geanalyseerd, middels open coderen van transcripten, constante onderlinge vergelijking van alle data, en het schrijven van memo's. Zo ontwikkelden en verfijnden wij een model dat verschillende patronen van observatie met hun verschillende betekenissen en effecten beschrijft. *Theoretical sufficiency* werd bereikt na vier focusgroepen met een totaal van 31 deelnemers.

Resultaten (en conclusie)

Aios waren ambivalent over observatie. Effecten van observatie op de aios hingen samen met de gevonden patronen: Aios zagen drie verschillende observatie-patronen die voortkwamen uit verschillende behoeftes: De aios vraagt de opleider om hulp tijdens reguliere patiëntenzorg. De aios wil een nieuwe (meestal invasieve) vaardigheid leren van de opleider. De opleider wil de aios in beeld krijgen en onderwijzen (denkt de aios) en organiseert daartoe vaste observatiesprekuren. Een belangrijke bevinding was dat zich onder elk patroon een aantal verschillende –onvoorspelbare– scenario's kon ontrollen, sommige meer, andere minder gewenst door de aios, en dat aios daar weinig regie over hadden. Een tweede belangrijke bevinding was dat aios bij ongewenste scenario's vaak niet de dialoog zochten maar in plaats daarvan verdere observaties meden. Een goede opleidingsrelatie met een opleider die actief de dialoog over observatie zoekt, en regelmatig, liefst bi-directionele, observatiesprekuren initieert, werd gezien als helpend om observatie constructief te maken.

Discussie

Ook in langdurige opleidingsrelaties waren aios ambivalent over observatie. Het onderzoeken van observatie-patronen (volgens Ellaway en Bates) was behulpzaam om te zien hoe observatie in de opleidingspraktijk verschillende gedaanten, betekenissen en effecten heeft. Het gevonden geringe initiatief van aios om de regie over de observatie-situatie te voeren, en om ongewenste scenario's te bespreken met de opleider, sluit aan bij onderzoek van Telio en collega's naar de *Educational alliance*³. Zij vond eveneens dat aios zich min of meer terugtrekken uit de relatie als de opleider hun verwachtingen ten aanzien van de opleidingsrelatie niet waarmaakt. Deze bevindingen vragen om vervolgonderzoek naar mogelijkheden om dit terugtrekken te voorkomen. Onze resultaten geven aangrijpingspunten: stimuleren van regelmatige observatiesprekuren en een open kritische dialoog.

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 Ellaway, R. H., & Bates, J. (2015). Exploring patterns and pattern languages of medical education. *Med Educ.*2015; 49(12), 1189-1196.
- 3 Telio, S., Regehr, G., & Ajjawi, R. (2016). Feedback and the educational alliance: examining credibility judgements and their consequences. *Med Educ* 2016; 50(9), 933-942.

Trefwoord: Medical education: Postgraduate education, Teachers/Trainers: Faculty/Staff development, Assessment: Workplace-based (on-the-job)

Wijze van presentatie: Onderzoekspaper

C3.4 / Diamond room I

Onderzoek naar de relatie tussen opleidingsklimaat en psychologische basisbehoeftes en motivatie van studenten in post-academisch onderwijs met behulp van Structural Equation Modeling

M.P.D. Westein¹, A.S. Koster¹, S.M.E. van der Burgt², M.L. Bouvy¹, R.A. Kusurkar²

¹Universiteit Utrecht, ²Amsterdam UMC, loc. VUmc

Probleemstelling

De context waarin studenten leren is van grote invloed op hun satisfactie, motivatie en hun uiteindelijke prestaties. Binnen het medisch onderwijs zijn er verschillende instrumenten ontwikkeld om het opleidingsklimaat te meten¹. Diverse onderzoeken hebben, uitgaande van de Self-Determination Theory, laten zien dat de motivatie van studenten geassocieerd is met de voldoening (satisfactie) en frustratie van hun psychologische basisbehoeftes (BPN). Voor zover wij weten is er geen onderzoek gedaan naar de invloed van het opleidingsklimaat op de psychologische basisbehoeftes van studenten. In deze studie wordt onderzocht wat de relatie is tussen opleidingsklimaat, de voldoening en/of frustratie van psychologische basisbehoeftes en de autonome en gecontroleerde motivatie van studenten.

Methode

De studie werd uitgevoerd binnen de post-academische opleiding tot openbaar apotheker². Tussen november 2017 en oktober 2018 werd aan Apothekers in opleiding tot specialist (ApIOSsen) gevraagd om de volgende vragenlijsten in te vullen: (1) de 'opleidingsthermometer' (15-items), (2) de 'Basic Psychological Needs Satisfaction and Frustration scale for the Work Domain' (24-items) en (3) de 'Academic Motivation Scale' (24 van de 28 items). De betrouwbaarheid (Cronbach's alpha) van de metingen werd berekend met behulp van SPSS v24. De relatie tussen opleidingsklimaat, BPN en motivatie werd geanalyseerd door middel van Structural Equation Modeling (SEM) in MPlus 8. Voor deze SEM analyse zijn minstens 125 tot 200 respondenten vereist.

Resultaten (en conclusie)

205 van de 232 benaderde ApIOSsen namen deel aan deze studie (88% respons). Voor iedere subschaal werd de Cronbach's alpha berekend. 2 items van de Academic Motivation Scale werden verwijderd om de betrouwbaarheid te vergroten. De betrouwbaarheid was acceptabel voor alle subschalen (>0.70) behalve voor autonomie satisfactie (0.66) en het deel van de autonome motivatie dat betrekking heeft op de identificatie (0.61). In het best passende SEM-Model lieten de volgende Fit-indexen een goede Fit zien: CFI (= 0.97), TLI (= 0.92) en SRMR (= 0.042). De RMSEA (= 0.11) was relatief hoog, maar dat kan het gevolg zijn van de relatief kleine studiebevolking en het lage aantal vrijheidsgraden. Het ervaren opleidingsklimaat is gerelateerd aan satisfactie van BPN (+0.40, $p < 0.01$), en frustratie van BPN (-0.47, $p < 0.01$). Er werd geen sterke relatie tussen satisfactie van de BPN en de autonome motivatie gevonden (+0.16, niet significant). De frustratie van de BPN had wel een duidelijk relatie met de gecontroleerde motivatie (+0.31, $p < 0.01$). Tot slot werd er een relatie gevonden tussen satisfactie en frustratie van BPN (-0.10, $p < 0.01$) en tussen autonome en gecontroleerde motivatie (+0.28, $p < 0.01$). De resultaten steunen de hypothese dat er een structurele relatie bestaat tussen het ervaren opleidingsklimaat, de BPN van studenten en hun motivatie voor leren.

Discussie

Dit onderzoek geeft inzicht in de wijze waarop het opleidingsklimaat in relatie staat tot de motivatie van studenten, namelijk via de satisfactie en frustratie van de BPN. Dit biedt nieuwe aanknopingspunten om de motivatie en mogelijk ook de leerprestaties van studenten te beïnvloeden. In dit onderzoek werd met name de gecontroleerde motivatie van ApIOSsen verhoogd, doordat het ontbreken van een positief opleidingsklimaat leidde tot frustratie van de BPN. In lijn met eerder onderzoek van Tjin A Tsoi et al. was de relatie tussen BPN Satisfactie en autonome motivatie bij deze doelgroep minder duidelijk.

Referenties

- 1 Malau-Aduli BS, Alele F, Collares CF, et al. Validity of the scan of postgraduate educational environment domains (SPEED) questionnaire in a rural general practice training setting. *BMC Med Educ.* 2019;19(1). doi: 10.1186/s12909-019-1455-8.
- 2 Westein MPD, de Vries H, Floor A, et al. Development of a postgraduate workplace-based curriculum for specialization of community pharmacists using CanMEDS competencies, entrustable professional activities and programmatic assessment. *Am J Pharm Educ.* 2018;ajpe6863. doi: 10.5688/ajpe6863.

Trefwoord: Curriculum: Education environment, Students/Trainees: Health and welfare, Medical education: Postgraduate education

Wijze van presentatie: Onderzoekspaper

C4.1 / Diamond room II

Perceptie van (on)professioneel gedrag op sociale media bij geneeskundestudenten, artsen in opleiding tot specialist (AIOS) en medisch specialisten

S.A. Pronk¹, S.L. Gorter¹, S.J. van Luijk¹, P.C. Barnhoorn², B. Binkhorst³, A.M.M. Muijtjens³, W.N.K.A. van Mook¹

¹MUMC+,²LUMC,³Universiteit Maastricht

Probleemstelling

Het gebruik van sociale media is de afgelopen jaren fors toegenomen en biedt kansen op het gebied van verbinding, bereikbaarheid (connectiviteit) en onderwijs. In de hedendaagse samenleving is het observeerbare gedrag niet gelimiteerd tot het echte leven, maar ook zichtbaar in het digitale domein. Het gebruik van sociale media maakt dus onderdeel uit van het proces van professionele identiteitsvorming.¹ Enkele landelijke medische beroepsorganisaties hebben richtlijnen voor socialemediagebruik voor de medische professie opgesteld, maar er is weinig onderzoek gedaan naar het gebruik van sociale media en (on)professioneel gedrag onder (aanstaande) medici. Het doel van deze studie is om het gebruik van sociale media en de perceptie van onprofessioneel gedrag op sociale media bij geneeskundestudenten, artsen in opleiding tot specialist (AIOS) en medisch specialisten in kaart te brengen.

Methode

Een eerder gepubliceerde exploratieve online vragenlijst is verstuurd naar geneeskundestudenten aan de Universiteit Leiden, de Universiteit Maastricht (n=3844) en naar AIOS van het Catharina Ziekenhuis Eindhoven, van het Zuyderland Medisch Centrum in Heerlen/Sittard en van het Maastricht Universitair Medisch Centrum+ (MUMC+)(n=828).² Ook werd deze vragenlijst gestuurd naar de medisch specialisten van het MUMC+ (n=426). Kwantitatieve, descriptieve data-analyse gebeurde met SPSS. Hierbij ging het om demografische gegevens, ja/nee-vragen en Likertschaal-vragen. Kwalitatieve data-analyse gebeurde iteratief, constant vergelijkend, door twee onderzoekers onafhankelijk, gebruikmakend van algemene principes van primair, secundair en tertiair coderen totdat consensus bereikt werd.

Resultaten (en conclusie)

Het responspercentage was 24,8% (geneeskundestudenten 28,7%; AIOS 16,1%; medisch specialisten 26,1%). Vrijwel alle participanten gebruiken sociale media, echter de frequentie en tijd gependend aan en het type sociale media verschillen per groep. Geneeskundestudenten besteden gemiddeld 9,7 uur (95%-BI: 9,15-10,27), AIOS 4,6 uur (95%-BI: 3,43-5,85) en medisch specialisten 2,8 uur (95%-BI: 2,13-3,38) per week aan sociale media. De drie populairste sociale media zijn bij geneeskundestudenten Facebook, Snapchat en Instagram, bij AIOS Facebook, LinkedIn en Instagram en bij medisch specialisten LinkedIn, Facebook en Twitter. Van de geneeskundestudenten vindt 31,3% dat er onprofessionele informatie van henzelf op sociale media staat, bij AIOS is dit 19,7% en bij medisch specialisten 4,1%. Onderwerpen die als onprofessioneel worden gezien, zijn onder andere alcoholmisbruik, post die getuigen van feestende participanten en/of seksueel getinte posts. Ook werkgerelateerde informatie waarin patiënten en/of collega's vermeld zijn, wordt als onprofessioneel gezien. De kans op het aanspreken van een collega op zijn of haar onprofessioneel gedrag op sociale media was het grootst als deze post over patiënten ging. Dit was in alle drie de groepen ruim 80%. Echter, het aanspreken van collega's op hun gedrag op sociale media zelf is afhankelijk van de relatie met deze collega. Zo zullen studenten terughoudend zijn een supervisor (AIOS of medisch specialist) aan te spreken.

Discussie

Dit is de eerste studie die het gebruik van en de percepties over (on)professioneel gedrag op sociale media van geneeskundestudenten, AIOS en medisch specialisten met elkaar vergelijkt. Een beperking van de studie is dat vertrouwd wordt op zelf gemelde gegevens van de participanten. Deze studie geeft aanknopingspunten voor verder onderzoek. Zo zijn de precieze aard van onderwerpen die de participanten als onprofessioneel beschouwen en de redenen daarvoor nog onduidelijk. Ook de rol die opleiders in de basis- en vervolgoopleidingen geneeskunde kunnen spelen in de ontwikkeling van online professioneel gedrag verdient verder onderzoek.

Referenties

- 1 Cruess SR, Cruess RL, Steinert Y. Supporting the development of a professional identity: General principles. *Med Teach*. 2019 Feb 11:1-9.
- 2 Garner J, O'Sullivan H. Facebook and the professional behaviours of undergraduate medical students. *The clinical teacher* 2010;7:112-5.

Trefwoord: Learning outcomes: Professionalism / attitude / ethics, Learning outcomes: Information technology, Medical education: All,

Wijze van presentatie: Onderzoekspaper

C4.2 / Diamond room II

De ontwikkeling en psychometrische evaluatie van een meetschaal voor interprofessionele identiteit: Extended Professional Identity Scale (EPIS)

J.J. Reinders, M. Lycklama à Nijeholt, C.P. van der Schans, W.P. Krijnen
UMC Groningen

Probleemstelling

Het doel van de onderhavige studie was de ontwikkeling en evaluatie van een instrument voor het meten van interprofessionele identiteit: Extended Professional Identity Scale (EPIS). Dit meetinstrument is gebaseerd op een nieuwe psychologische theorie: Extended Professional Identity Theory (EPIT; Reinders et al., 2018). Deze theorie vooronderstelt dat een interprofessionele identiteit is te faciliteren en dat deze een professionele identiteit niet vervangt maar includeert. EPIT is met name gebaseerd op Social Identity Theory, Identity Theory en Self-Categorization Theory. Volgens EPIT bestaat een interprofessionele identiteit daarom uit interprofessionele verbondenheid, toewijding en overtuigingen.

Methode

Schaalontwikkeling was gebaseerd op vijf opeenvolgende stappen: 1) constructverheldering, 2) item-pool creatie (35 items), 3) initiële item-pool beoordeling, 4) schaalengte verkorting (reductie naar 12 items op basis van hoogste factor ladingen in een exploratieve factor analyse (EFA) met een steekproef van 97 tandheelkunde and mondzorgkunde studenten) en 5) cross-validatie (12 items; confirmatieve factor analyse (CFA) met een steekproef van 152 studenten and 48 docenten van zes verschillende opleidingen).

Resultaten (en conclusie)

Verklaarde variantie van de EPIS bij stap 4 en 5 was respectievelijk 66,2% en 65,0%. Interne consistentie (Cronbach's alpha) bij stap 4 en 5 varieerden van 0,79 tot 0,89 maar was meestal hoger dan 0,80. EFA toonde een driedimensionale structuur van interprofessionele identiteit zoals beargumenteerd door EPIT. CFA kon dit in een andere onafhankelijke steekproef niet bevestigen. De ladingen van de CFA varieerden van 0,58 tot 0,80.

Discussie

De Extended Professional Identity Scale (EPIS) is een korte 12-item meetinstrument met een sterke verklaarde variantie, hoge interne consistentie en hoge construct validiteit met enig bewijs voor de driedimensionaliteit.

Referentie

1 Reinders JJ, Krijnen WP, Goldschmidt AM, Van Offenbeek MAG, Stegenga B, Van der Schans CP (2018) Changing dominance in mixed profession groups: putting theory into practice, *European Journal of Work and Organizational Psychology*, 27:3, 375-386.

Trefwoord: Learning outcomes: Professionalism / attitude / ethics, Assessment: Psychometrics, Assessment: Self-assessment

Wijze van presentatie: Onderzoekspaper

C.J. Teuwen¹, R.A. Kusurkar², H.E.M. Daelmans², W.H. Schreurs¹, S.M. Peerdeman²

¹Noordwest Ziekenhuisgroep, ²Amsterdam UMC loc. VUmc

Probleemstelling

Interprofessionele educatie (IPE) kan in het basiscurriculum worden aangeboden met geconstrueerde casuïstiek, mits de casus realistisch zijn en aangepast aan het niveau van de participerende groepen. De input van experts uit de klinische praktijk is noodzakelijk bij het beoordelen van de realiteit van een casus en de moeilijkheidsgraad. Vanwege de aard van IPE moeten verschillende professies in dit proces worden betrokken. Het bereiken van consensus over de inhoud kan worden bemoeilijkt door de verschillende invalshoeken en meningen. Daarnaast is er een gebrek aan literatuur over hoe casuïstiek voor IPE geconstrueerd en gevalideerd kan worden. Er is sprake van een groeiende geriatrische patiëntenpopulatie, waarbij interprofessionele samenwerking, bij complexe geriatrische problematiek, noodzakelijk is. Het doel van deze studie was om 4 geriatrische casus van verschillend niveau te construeren, geschikt voor geneeskunde- en verpleegkundestudenten op verschillende momenten in de opleiding. De onderzoeksvraag luidt: Hoe kan casuïstiek voor IPE geconstrueerd en gevalideerd worden, met behulp van de inbreng van verschillende professionals uit de klinische praktijk?

Methode

Om de geconstrueerde patiëntbeschrijvingen en de bijbehorende beleidsplannen met behulp van verschillende experts te valideren, is gebruik gemaakt van drie verschillende consensusmethoden: Delphi technique, Nominal Group Process en Consensus Development Panel. De voor deze studie meest toepasbare karakteristieken van de consensusmethoden zijn gebruikt. Voor het bepalen van de moeilijkheidsgraad van de casus is de 'INTERMED for the elderly' gebruikt, met een maximumscore van 60. De volgende 6 stappen zijn gevolgd: 1). Expertronde 1: Inventarisatie in kliniek van veelvoorkomende geriatrische casus; 2). Constructie van 4 casus, oplopend in moeilijkheidsgraad, met bijbehorende beleidsplannen uit de informatie verworven in stap 1; 3). Expertronde 2: Validatie van casus door 8 experts uit klinische praktijk; 4). Inventarisatie van voorgestelde aanpassingen uit stap 3; 5). Expertronde 3: consensus middels discussie tussen 2 experts; 6). Studententpilot.

Resultaten (en conclusie)

In stap 1 werden 5 typisch geriatrische casus verzameld. In stap 2 zijn deze samengevoegd tot 4 casus, meest frequent genoemde karakteristieken en probleembeschrijvingen werden gebruikt. De 4 casus scoorden voor moeilijkheidsgraad respectievelijk 14, 28, 37 en 41. Bij elke casus is een beleidsplan opgesteld. In stap 3, 4 en 5 werden drie verschillende onderdelen van elke casus gevalideerd met behulp van de experts: (a) de patiëntbeschrijving, (b) het behandelplan en (c) de moeilijkheidsgraad. (a) Over de patiëntbeschrijving werd het snelst consensus bereikt. Het aantal items, van de 4 casus in totaal, waarover géén consensus was, reduceerde in stap 3, 4 en 5 van 8 items, naar 7, naar 0. (b) Het behandelplan gaf veel discussie. Het aantal items zonder consensus reduceerde in stap 3, 4 en 5 van 55 items, naar 27, naar 0. (c) De gemiddelde expertbeoordeling van de moeilijkheidsgraad van elke casus was respectievelijk: 19, 29, 34 en 35. De studententpilot (stap 6) werd uitgevoerd onder 3 medisch en 3 verpleegkundestudenten individueel en 16 interprofessionele duo's, onder andere om te bepalen of er voldoende informatie in de casus was om een beleid te kunnen maken en of de moeilijkheidsgraad geschikt was. Er werden geen punten geïdentificeerd die verbetering behoeften.

Discussie

Deze studie beschrijft 6 stappen waarin casuïstiek voor IPE in basiscurricula geconstrueerd en gevalideerd kan worden. Door karakteristieken te gebruiken van verschillende consensusmethoden, werden deze 6 stappen samengesteld. Vooral het valideren van een adequaat beleidsplan is lastig door verschillende meningen en invalshoeken van professionals uit verschillende vakgebieden. Het gebruik van consensusmethoden is daarbij essentieel.

Referentie

1 Wilda B, Lechnera S, Herzoga W, Maatouka I, Weschea D, Raumb E, Müllerb H, Brennerb H, Slaetsc J, Huysee F, Söllnerf W. Reliable integrative assessment of health care needs in elderly persons: The INTERMED for the Elderly (IM-E). *Journal of Psychosomatic Research* 2011;70:169–78.

Trefwoord: Curriculum: Inter-professional, Teaching & learning: All, Research in medical education: All

Wijze van presentatie: Onderzoekspaper

J.H. Loosveld¹, R. Schwalbach²

¹Erasmus MC, ²Universiteit van Amsterdam

Thema

Seksuele en relationele vorming wordt gedefinieerd als een curriculum-gebaseerd en leeftijds-geschiedt educatie- en leerproces dat zich focust op alle aspecten van seksualiteit, inclusief maar niet beperkt tot cognitieve, emotionele, fysieke en sociale aspecten. Het doel van seksuele vorming is om de studenten uit te rusten met kennis, vaardigheden en waarden die hen emanciperen om eigen gezondheid en welzijn te realiseren en sociale en seksuele relaties te ontwikkelen welke gebaseerd zijn op respect en welke seksuele en reproductieve rechten waarborgen [1].

De huidige seksuele vorming is voornamelijk gefocust op jongeren en in het specifiek adolescenten [2]. Echter, is seksuele vorming wel degelijk ook van belang voor toekomstig gezondheidszorgprofessionals en daarbij de medische curricula. Wanneer seksualiteit open bespreekbaar wordt gemaakt leidt dit tot een cultuur waarin het bespreken van het onderwerp in de spreekkamer als normaal wordt gezien en zo worden patiënten geëmancipeerd om op te komen voor hun eigen seksuele en reproductieve gezondheid [3].

Om seksualiteit open bespreekbaar te maken in de spreekkamer is kennis over aspecten van seksualiteit die niet per definitie als "ziekte" worden gezien essentieel en daarom zouden wij als IFMSA-NL graag de discussie starten over de rol van seksuele vorming in de medische curricula.

Doel

Het doel van de rondetafelsessie is om meer bewustzijn te creëren over het belang van seksuele vorming in het medisch curriculum en de gevolgen die het kan hebben op de algehele seksuele en reproductieve gezondheid in Nederland.

Doelgroep

We streven naar een gevarieerd publiek bestaande uit medisch professionals, onderwijscoördinatoren, onderwijskundigen en medisch studenten.

Opzet: activiteiten en opbrengst

Tijdens de rondetafelsessie zal gestreefd worden naar antwoorden op de vragen: Wat is seksuele vorming? Hoe wordt seksuele vorming over het algemeen uitgevoerd? Wat is het belang van seksuele vorming? Wat is de rol van seksuele vorming in het medisch curriculum?

Dit zal getracht worden te bereiken door een korte introductie gevolgd door een paneldiscussie met ervaringsdeskundigen vanuit verschillende perspectieven, namelijk de seksuologie, jongeren, het medisch onderwijs en patiënten. Na het panel zal er op kleinere schaal de discussie geopend worden aan de hand van discussievragen gefocust op de toepassing van seksuele vorming in het medisch curriculum. De sessie zal worden afgesloten met een plenaire discussie waarbij de leerpunten en vervolgstappen zullen worden uitgelicht.

Referentie

1 <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/275374/9789241514606-eng.pdf?ua=1>

2 <https://www.seksuelevorming.nl/sites/seksuelevorming/files/PDF/Richtlijn-SVR-2013-LR.pdf>

3 <https://www.seksindepraktijk.nl/bespreken/waarom-seksualiteit-bespreken>

Max aantal deelnemers: 40

Trefwoord: Students/Trainees: Gender, Learning outcomes: Professionalism / attitude / ethics, Curriculum: All

Wijze van presentatie: Rondetafel sessie

'Jong geleerd is oud gedaan'? Portfolio-leren in het (medisch) opleidingscontinuüm

M.M. Verheggen¹, M.J. Govaerts¹, R. Rennenberg², W.N.K.A. Mook², I. Heyligers³

¹Universiteit Maastricht, ²MUMC+, ³Zuyderland Ziekenhuis

Thema

Portfolio-leren en mentoraat in de opeenvolgende fasen van het (medisch) opleidingscontinuüm.

Doel

Discussie op gang brengen over verschillende vormen van portfolio-leren in opeenvolgende fasen van het (medisch) opleidingscontinuüm en hoe deze op elkaar aan kunnen sluiten.

Doelgroep

Docenten, klinici en studenten die geïnteresseerd zijn in portfolio-leren en mentoraat en ideeën willen uitwisselen over de praktische uitwerking van longitudinaal toetsen in verschillende fasen van het (medisch) opleidingscontinuüm.

Opzet: activiteiten en opbrengst

15 min: inleiding door docenten uit verschillende fasen van het opleidingscontinuüm.

30 min: discussie in subgroepen aan de hand van dilemma's

30 min: presentatie uitkomsten, plenaire afsluiting.

Opbrengst: nieuwe ideeën over longitudinale toetsing en mentor-portfolioprogramma's die de verschillende fasen van het opleidingscontinuüm overstijgen.

In het opleidingscontinuüm wordt in toenemende mate in alle opleidingen gewerkt met portfolio's die tot doel hebben studenten vanuit diverse domeinen van de opleiding resultaten en feedback te laten verzamelen zodat zij deze kunnen gebruiken voor het analyseren en monitoren van de persoonlijke voortgang. Er is in het opleidingscontinuüm sprake van verschillende opleidingen, die weliswaar overeenkomsten hebben, maar ook (soms fundamentele) verschillen kennen, bijvoorbeeld als het gaat om wat er van lerenden verwacht wordt aan initiatief, zelfregulatie en nemen van verantwoordelijkheden. Wat betekent dit dan voor hoe we portfolio's inrichten en hoe we studenten op een volgende fase kunnen voorbereiden?

In het longitudinale mentor-portfolioprogramma van de geneeskundeopleiding in Maastricht bleek dat de CanMEDS voor beginnende bachelor studenten erg abstract waren en dat de vrijheid die studenten hebben om echt hun eigen leerweg te kiezen in de bachelor fase beperkt was vergeleken met die in de master fase. Daarnaast kwam naar voren dat de complexiteit van de klinische leeromgeving overweldigend kan zijn en dat de mate van zelfsturing en gevoelde verantwoordelijkheid in de zorg in de vervolgopleiding het grootst is. In 2019 studeert de eerste groep bachelor studenten in Maastricht af die een nieuw ontwikkeld mentor-portfolioprogramma binnen de geneeskundeopleiding hebben doorlopen en zal onderzocht worden of deze studenten een betere aansluiting op het masterportfolio ervaren.

In deze rondetafelsessie willen we graag door middel van een aantal dilemma's met studenten en docenten van andere opleidingen in discussie gaan om te horen hoe zij de aansluiting van portfolio's in de verschillende fasen van de opleiding vorm zouden willen optimaliseren. Zo hopen we te leren van hun visie op en suggesties voor verbetering van deze nog vrij 'prille' onderwijsvorm in de bachelor fase.

Referenties

1 van der Vleuten, CP, Schuwirth LW, Driessen EW, Govaerts MJ, Heeneman S. 12 Tips for programmatic assessment. *Med Teach*. 2014: 1-6.

2 Van Tartwijk J, Driessen EW. Portfolios for assessment and learning. AMEE Guide no.45. *Med Teach*. 2009;**31**:790-801.

Max aantal deelnemers: 30

Trefwoord: Assessment: Portfolio assessment, Learning outcomes: Reflection / Critical thinking / decision-making / clinical reasoning, Teaching & learning: Experiential learning

Wijze van presentatie: Rondetafel sessie

C7 / Tokyo room

Innovating medical science education by integrating online courses in classroom teaching

J. Pickering¹, M. Reinders², P. de Jong²

¹University of Leeds, ²LUMC, Hosted by the IAMSE

Theme

In the last few years Massive Open Online Courses (MOOCs) have become very popular in higher education, and also the number of MOOCs in medicine has markedly increased. MOOCs are well structured free online resources open for large group of learners at the same time. Although initially developed for learners outside of universities, there is a growing interest in integrating such courses or parts of them into regular classroom teaching using a blended learning approach offering new opportunities for educators to teach. Across the educational literature numerous best practice approaches have been described on how best to integrate successfully this open material into traditional classroom teaching and post-graduate programs. The success of this integration depends on the quality of the blend (the way the materials are connected to other teaching activities) and on the quality of the instructional design of the particular online resources.

Goal

In this roundtable discussion session we will present two examples of MOOC integration into campus teaching. The first example is the online course “Exploring Anatomy: The Human Abdomen” from the University of Leeds (UK), the second example is the course Clinical Kidney, Pancreas and Islet Transplantation from Leiden University (Netherlands). The presenters who are the lead instructors of the course will briefly discuss the use of the online resource, the teaching, interaction and assessment modes they use, and the way they get their students engaged. Following the presentations we will discuss with the participants the possibilities, advantages, opportunities and limitations of using such materials in the classroom to support teaching medical sciences.

Target audience

Educators and administrators who have experience with the use of online courses in classroom teaching, or want to explore the possibilities for application in their own programs in the future.

Session layout and outcomes

The session will start with two short introductory presentations of 15 minutes each about both online courses and their application in the local curriculum of the universities of Leeds and Leiden, respectively. After that the presenters will facilitate interaction with the audience by using discussion statements as discussion prompts.

Max aantal deelnemers: 40

Trefwoorden: Online learning, MOOC, integration

Reference

1 Peter G. M. de Jong, James D. Pickering, Renée A. Hendriks, Bronwen J. Swinnerton, Fereshte Goshtasbpour & Marlies E. J. Reinders (2019): Twelve tips for integrating massive open online course content into classroom teaching, *Medical Teacher*, DOI: 10.1080/0142159X.2019.1571569

Wijze van presentatie: Rondetafel sessie

Het verandermanagement spel: jij hebt de sleutel in handen!

L. Bank¹, C. den Rooyen²

¹OLVG, ²Movation BV

Thema

De moeilijkheid van verandering inzetten, doorvoeren en vasthouden is meestal de reden waarom goede plannen niet goed worden geïmplementeerd en daarmee helaas vaak ook zelf aan kracht verliezen. Verandermanagement wordt binnen het werkveld van medisch onderwijs nog te weinig ingezet om veranderprocessen te begeleiden en (tussentijds) te evalueren (1). Dit terwijl deze strategieën juist zeer behulpzaam zijn om een dergelijk proces te structureren, in te springen op (onverwachte) gebeurtenissen en het proces aan te passen aan de lokale situatie. Vooral dit laatste is waar verandermanagement zijn kracht laat zien.

Tijdens deze interactieve workshop krijgen de deelnemers inzicht in de verschillende keuzes die je kunt maken in een veranderproces en die daarmee een veranderproces vormgeven. Door te kiezen voor een workshopvorm waarbij een spel wordt gebruikt om dit onderwerp uit te diepen, streven we ernaar om vanuit positiviteit, het plezier in veranderen en het proces van veranderen als inspiratiebron te benadrukken. Na het creëren van een veranderstrategie zullen we de verschillende gekozen strategieën met elkaar bespreken om zo inzicht te krijgen in de verschillende mogelijkheden die er zijn en wat ze kunnen brengen in de praktijk.

Doelen

- Inzicht in de complexiteit van veranderingen.
- Handvatten voor de aanpak van veranderingen.
- Inzicht in het belang van consolidatie van veranderingen.

Doelgroep

Deze workshop is geschikt voor opleiders, stafleden, AIOS, onderwijskundigen, managers en iedereen die anderszins actief betrokken is bij veranderprocessen op de eigen werkplek.

Opzet workshop: activiteiten, opbrengst

Tijdens deze interactieve workshop zullen de deelnemers in kleine groepjes aan het werk gaan en samen een spel spelen. Door middel van dit spel zullen zij gezamenlijk de voor hen meest ideale veranderstrategie moeten creëren. In het plenaire gedeelte dat daarop volgt zullen we de verschillende keuzes die de groepjes hebben gemaakt bespreken en relateren aan de dagelijkse praktijk.

Opbrengst voor de deelnemers:

- Inzicht in de toegevoegde waarde van verandermanagement tijdens veranderprocessen.
- Je bent in staat om de belangrijkste elementen binnen verandermanagement te herkennen en te gebruiken.
- Een checklist mee naar huis voor jouw eigen verandervraagstuk.
- Een veranderspeler meer naar huis dat je in jouw eigen setting kunt spelen samen met collega's.
- Inzicht in veranderprocessen als bron van inspiratie.

Referentie

1 Bank L, Jippes M, Scherpbier AJJA, Scheele F. Change Management Support in Postgraduate Medical

Education: A Change for the Better. In: Medical and Surgical Education - Past, Present and Future. 2018.

Max aantal deelnemers: 25

Trefwoord: Education Management: Change

Wijze van presentatie: Workshop

C9 / Penn room II

Workshop: It's all in the game Betekenis serious games voor de ontwikkeling van complexe vaardigheden

M.E.W. Dankbaar, V. Erasmus, S.E. Klein Nagelvoort-Schuit
Erasmus MC

Thema

serious games voor vaardigheidsontwikkeling in het medisch onderwijs.

Doel

Tijdens deze workshop krijgen de deelnemers

Inzicht in de potentiële voor- en nadelen van serious games, met name voor de ontwikkeling van vaardigheden binnen het medisch onderwijs; randvoorwaarden voor succesvolle implementatie.

Inzicht in de resultaten van onderzoek naar games en mogelijkheden om games stapsgewijs te onderzoeken op effectiviteit.

De gelegenheid zelf nader kennis te maken met een tweetal games: een voor de ontwikkeling van technische/ procedurele vaardigheden (ABCDEsim) en een voor de ontwikkeling van niet-technische/ inter-professionele vaardigheden (Team-Up!), incl. de implementatie in het onderwijs.

Een onderbouwde visie te ontwikkelen m.b.t. de mogelijke rol van games in het eigen onderwijs.

Doelgroep

Docenten, onderwijskundigen, coördinatoren die betrokken zijn bij vernieuwing van het onderwijs en de ontwikkeling van blended vormen van vaardigheidsonderwijs.

Opzet: activiteiten en opbrengst

Tijdens de inleiding van de workshop schetsen we de potentie van serious games voor de ontwikkeling van kennis en vaardigheden, de barrières, het ontwikkelproces en belangrijke ontwerpkeuzes.

We gaan in op de resultaten van onderzoek naar serious games en het DSSH#_ftn1 evaluatieraamwerk om games stapsgewijs te onderzoeken op effectiviteit (Graafland et al., 2014). Tijdens het praktische deel kunnen deelnemers zelf in groepjes kennismaken met een tweetal games voor vaardigheidsontwikkeling, deze uitproberen en met elkaar bespreken. Ook komt het ontwikkelproces kort aan de orde. Tot slot volgt een discussie over de potentiële meerwaarde van games voor het eigen onderwijs.

Deelnemers worden verzocht een laptop of smart phone mee te nemen.

#_ftnref1 Dutch Society for Simulation in Healthcare, partner van de NVMO

Referenties

1 Graafland, M., Dankbaar, M., Mert, A., Lagro, J., De Wit-Zuurendonk, L., Schuit, S., ... Schijven, M. (2014).

2 How to Systematically Assess Serious Games Applied to Health Care. JMIR Serious Games, 2(2), e11.

Max aantal deelnemers: 24

Trefwoord: Teaching & learning: Games, Teaching & learning: Learning styles/theory/instructional design, Learning outcomes: Teamwork

Wijze van presentatie: Workshop

Studenten maken kennis met de wetenschap: de Praktijkstage Academische Vorming in het tweede jaar van de bachelor geneeskunde

M. Diepeveen, S. Gerritsen, G.A.M. Widdershoven, J. van Vhorssen, Y. Voskes
Amsterdam UMC loc. VUmc

Context/probleemstelling of aanleiding

Geneeskundestudenten moeten zich bekwamen in de rol van 'Academicus' (Herwaarden et al., 2009). Ondanks herhaalde inspanningen wordt het thema 'Wetenschappelijke vorming' door studenten stelselmatig laag gewaardeerd in de NSE (Stichting Studiekeuze123, 2018). Ook de leerlijn Academische Vorming van de bachelor van VUmc School of Medical Sciences (SMS) kampt met gebrek aan herkenbaarheid en relevantie. Met het doel om studenten in contact te brengen met wetenschappelijk onderzoek en de practica Academische Vorming context te geven is in 2018-2019 de 'Praktijkstage Academische Vorming' ingevoerd in jaar twee van de bachelor.

Beschrijving van de interventie/innovatie

Tijdens de Praktijkstage Academische Vorming wordt een groep van vier studenten gedurende één semester gekoppeld aan een onderzoeker. Op de stageplaats maken studenten 6 praktijkopdrachten, die het verloop van een onderzoek volgen. Ze houden een interview met de onderzoeker over diens motivatie, analyseren de organisatie van het onderzoek, beoordelen een onderzoeksvoorstel, beschrijven de data-analyse, maken een handleiding publiceren en reflecteren op de societal impact van het onderzoek. In practica worden academische vaardigheden geleerd, zoals wetenschappelijke literatuur zoeken, refereren, academisch schrijven in het Engels en wetenschappelijke integriteit. De stage wordt afgerond met een beoordeling professioneel gedrag en een verslag.

Ervaringen/analyse van de implementatie

Uit de eerste ervaringen blijkt dat de doelen van de Praktijkstage Academische Vorming behaald worden. Studenten krijgen een andere kijk op wetenschap. De stagebegeleider als rolmodel voldoet niet aan het stereotype beeld van de witte man met een bril en een labjas. In vergelijking met voorgaande jaren worden de practica Academische Vorming positiever geëvalueerd. Tijdens de stage wordt, in lijn met de onderwijsfilosofie van VUmc SMS, een appèl gedaan op de eigen verantwoordelijkheid van studenten; zij dienen zelf het contact met de stagebegeleider te initiëren en te onderhouden, en de praktijkopdrachten te plannen. Over het algemeen zijn de stagebegeleiders tevreden met het verloop van de stage en vinden het leuk om studenten meer te leren over hun drijfveren en het onderzoek.

Lessons learned (implicaties voor de praktijk)

Door kennismaking met de praktijk in een vroeg stadium van de opleiding, neemt de relevantie van academische vorming voor studenten toe. Hierdoor worden academische vaardigheden beter geleerd en benoemen studenten in het eindverslag dat de motivatie om zelf onderzoek te doen, is toegenomen. Studenten leren door de stage zelf initiatief te nemen en verantwoordelijkheid te nemen voor het eigen leerproces. Voor stagebegeleiders is de stage een goede gelegenheid om onderzoek te combineren met onderwijs en studenten te enthousiasmeren voor (hun) onderzoek.

Referenties

- 1 Van Herwaarden C.L.A., Laan R.F.J.M. & Leunissen R.R.M. (2009). Raamplan Artsopleiding 2009. Utrecht: NFU (Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra).
- 2 Stichting Studiekeuze123. (2018). Nationale Studenten Enquête Deelrapport 5 Bench Opleidingen 2018 B GNK incl. 2017.

Trefwoord: Learning outcomes: Research, Medical education: Undergraduate education, Teaching & learning: Independent learning

Wijze van presentatie: Praktijkpaper

J.J. Kole

Radboudumc

Context/probleemstelling of aanleiding

Studenten biomedische wetenschappen (3^e jaars) moeten onderwezen worden in wetenschappelijke integriteit, in de noodzaak om 'sloppy science' en 'questionable research practices' te vermijden en integer onderzoek na te streven, als ze later als (wetenschappelijk) onderzoeker aan het werk zijn. Ze hebben echter nog onvoldoende kennis gemaakt met de alledaagse wetenschappelijke onderzoekspraktijk (onderzoek doen in het lab, data verzamelen en analyseren, publiceren) om zelf aan den lijve te hebben ervaren hoe en waar integriteitsproblemen op de loer liggen. Het beeld dat studenten van wetenschappelijk onderzoek hebben is veelal het ideaal-plaatje van 'textbook science'. Het ontbreekt hen daardoor aan betekenisgevende context om de ernst en het risico van integriteitsproblemen te herkennen.

Beschrijving van de interventie/innovatie

Het lezen van literatuur over het leven en werken van wetenschappers, zoals die geboden wordt in het literaire subgenre van 'science lit', zou studenten de noodzakelijke context kunnen bieden om zich beter de urgentie van integriteitsproblemen te doen realiseren. Hoewel het fictie betreft, geeft dergelijke literatuur een realistisch beeld van 'het leven in het lab'; met alle sociale interactie en niet-wetenschappelijke factoren die onderzoek mee beïnvloeden.

In een cursus voor 3^e jaars biomedische wetenschap-studenten kregen studenten de opdracht om, één van drie verschillende literaire boeken volledig te lezen en er daarna een groepspresentatie over voor te bereiden. In die groepspresentatie, aan het eind van de cursus, werd het gekozen boek geanalyseerd, aan de hand van ondermeer Mertons's C.U.D.O.S.-normen, de uitgangspunten van de Nederlandse Gedragscode Wetenschappelijke Integriteit en onderzoeksethische thema's die eerder in de cursus behandeld waren.

Ervaringen/analyse van de implementatie

Studenten (meestal met een sterke Bèta-oriëntatie en niet echt liefhebbers van het lezen van literatuur) waren bij aanvang skeptisch of zelfs negatief over de lees- en presentatie-opdracht. Niet in het minst omdat het lezen niet in de officiële studielast voor de cursus was meeberekend en de presentatie-opdracht niet meewoog in het toetsresultaat voor de cursus.

Bij de (eind)evaluatie bleken studenten echter opvallend positief: over het lezen van het boek (het was veel leuker dan ze hadden gedacht) en over het analyseren van het boek aan de hand van de presentatie-opdracht. Dat fictie ook een confronterend waarheidsgetrouw beeld kon opleveren over hoe het in de dagelijkse onderzoekspraktijk echt toegaat, was een bijkomend waardevol inzicht.

Lessons learned (implicaties voor de praktijk)

Literatuur lezen biedt betekenisvolle context voor integriteitsonderwijs.

Referentie

1 Zwart, H. (2017). *Tales of Research Misconduct - A Lacanian Diagnostics of Integrity*.
Goodman, A. (2010). *Intuition*. Atlantic Books Ltd.

Trefwoord: Research in medical education: Ethics, Teaching & learning: General

Wijze van presentatie: Praktijkpapier

C10.3 / JF Staal room

Training in onderzoeksvaardigheden voor eerstejaars biomedische studenten - een praktijkvoorbeeld

F. de Vegt, I.A.L.M. van Rooij, T.F. Oostendorp, J.A.A.M. van Dijck, J.D.M. Otten
Radboudumc

Context/probleemstelling of aanleiding

Het is belangrijk om onderzoeksvaardigheden vanaf het eerste jaar van de (bio)medische opleiding te integreren in het onderwijs. Door actieve participatie in realistische onderzoeksactiviteiten stijgt het begrip en de waardering van biomedisch onderzoek. Wij beschrijven en evalueren onze 'practice-based' benadering in eerstejaars studenten Biomedische Wetenschappen van de Radboud Universiteit Nijmegen.

Beschrijving van de interventie/innovatie

Sinds 2015 worden onderzoeksvaardigheden elk jaar vanaf de start van de studie Biomedische Wetenschappen geïntegreerd in het onderwijs. In het eerste semester verzamelen de studenten data bij zichzelf en medestudenten betreffende lichaamsgewicht, lichaamssomtrek, vetmassa, botmassa, hartfrequentie en andere ECG-maten, genetische varianten, leefstijl, lichamelijke activiteit en voedselconsumptie. Alle gegevens worden ingevoerd en verzameld in een (anonieme) *Student Research Database*. In het tweede semester krijgen de studenten de complete dataset. Ze formuleren hierin hun eigen onderzoeksvragen, voeren de statistische analyses uit en schrijven een beknopt wetenschappelijk onderzoeksartikel. Deze onderzoeksverslagen worden door ervaren onderzoekers beoordeeld met behulp van een rubric en voorzien van feedback.

Het programma is nu vier jaar in uitvoering (2015-2018). Studenten die in april gaan werken aan hun statistische analyses en onderzoeksverslag (n=85) zal via een vragenlijst gevraagd worden naar hun ervaringen met en waardering voor deze 'practice-based' benadering.

Ervaringen/analyse van de implementatie

Momenteel bevat de *Student Research Database* gegevens van 298 individuele studenten. Er zijn 272 onderzoeksartikelen geschreven en beoordeeld. De gemiddelde (range) cijfers waren 6.4 (4.7 – 9.5) in 2016, 6.6 (2.3 – 9.2) in 2017 en 6.5 (4.0 – 9.3) in 2018. De ervaringen en waardering van de studenten (academisch jaar 2018-19) worden gepresenteerd bij de NVMO 2019.

Lessons learned (implicaties voor de praktijk)

Het is uitvoerbaar en aantrekkelijk om onderzoeksvaardigheden te implementeren in het eerste jaar van de opleiding middels 'practice-based learning'. Studenten ervaren onderzoek door zelf data te verzamelen bij zichzelf en in hun eigen studentenpopulatie en zijn daardoor meer verbonden met de verzamelde data. Door zowel participant als onderzoeker te zijn in (bio)medisch onderzoek worden studenten 'gently' geïntroduceerd in de wereld van biomedisch onderzoek.

Referenties

- 1 Vereijken MWC, van der Rijst RM, van Driel JH, Dekker FW. Student learning outcomes, perceptions and beliefs in the context of strengthening research integration into the first year of medical school. *Adv in Health Sci Educ* 2018;23:371-385.
- 2 Visser-Wijnveen GJ, van der Rijst RM, van Driel JH. A questionnaire to capture students' perceptions of research integration in their courses. *High Educ* 2016;71:473-488.

Trefwoord: Learning outcomes: Research, Medical education: Undergraduate education, Curriculum: Core

Wijze van presentatie: Praktijkpapier

I.J. van Wijk, H.E.M. Daelmans, R.A. Kusrkar
Amsterdam UMC loc. VUmc

Context/probleemstelling of aanleiding

Studenten die er voor kiezen hun wetenschappelijke stage al vroeg in de masteropleiding geneeskunde te lopen, zijn vaak intrinsiek gemotiveerd voor het doen van wetenschappelijk onderzoek¹. Regelmatig vallen deze studenten positief op tijdens hun stage en wordt hen een promotietraject aangeboden, gefinancierd door de afdeling. Om studenten die kiezen voor een dubbeltraject te ondersteunen in hun ambities, werd een MD/PhD programma ontwikkeld. We inventariseerden of dit studenten in staat stelt beide trajecten te combineren.

Beschrijving van de interventie/innovatie

Het ontwikkelde MD/PhD programma faciliteert en coacht deze studenten zonder ze in een rigide structuur te plaatsen. Optimale ontplooiing van talenten vraagt een context van autonomie, community gevoel en competentie². Derhalve is een open, ondersteunend traject ontwikkeld waarin keuzevrijheid wordt gegeven aan de student. In een verkennend coachgesprek wordt ingegaan op o.a. de ambities, motieven en studievaardigheden van de student, en een inschatting gemaakt of het traject voor de student de beste keuze en haalbaar is. Coach en student maken vervolgens samen een individueel plan, variërend van structureel in deeltijd onderzoek doen náást de coschappen, tot de start van de coschappen uitstellen of een periode pauzeren om fulltime onderzoek te doen. Naast de individuele coaching en rooster-opties zijn er ondersteunende workshops en congresbeurzen.

Ervaringen/analyse van de implementatie

Sinds de start in 2016 participeerden 52 studenten (jaarlijks 5% van een instromend cohort) waarvan 17 het traject inmiddels afgerond hebben. Twee studenten hebben hun promotietraject niet vervolgd (geen financiering). De 52 deelnemende studenten deden onderzoek binnen 21 disciplines. Negenentwintig procent koos voor uitstel van de coschappen en 42% introduceerde een stop in de coschappen. Gemiddeld besteden de studenten die de masteropleiding onderbreken, 9 maanden extra tijd aan onderzoek. Men werkt na het beëindigen van de masteropleiding nog 1 tot 3 jaar aan de promotie. De studenten hadden op het moment van afstuderen 2 tot 5 artikelen gepubliceerd. Studenten spreken hun waardering uit voor het programma ("hulp", "mogelijkheid onderzoektijd in te lassen", "begrip", "contact met andere MD/PhDers").

Lessons learned (implicaties voor de praktijk)

Het faciliteren van deze gemotiveerde studenten geeft hen de kans hun activiteiten op eigen wijze vorm te geven en te combineren. Met beperkte middelen kan dit MD/PhD-programma geïmplementeerd worden; enige flexibiliteit in het rooster gecombineerd met individuele coaching en ondersteuning maakt ontplooiing van de talenten van deze studenten mogelijk.

Referenties

- 1 Van Wijk et al. BMC Medical Education (2018) 18:259.
- 2 Ryan & Deci, Psychol Inq (2000) 11:227.

Trefwoord: Curriculum: Options / electives, Learning outcomes: Research, Students/Trainees: General

Wijze van presentatie: Praktijkpaper

P.J. van Gurp, J. Deinum
Radboudumc

Context/probleemstelling of aanleiding

In het mastercurriculum van de Faculteit der Geneeskunde Radboudumc volgt de student in aansluiting op de reguliere coschappen een seniorcoschap van 12 weken op 1 afdeling. Hierin werkt de coassistent aan zijn competenties richting het basisarts zijn, onder strikte supervisie, door zorg te dragen voor individuele patiënten. Binnen het UMC is het steeds een uitdaging om een breed en algemeen georiënteerd seniorcoschap vorm te geven in de context van toenemende tertiaire zorg.

Daarnaast is er een groeiende vraag naar aandacht voor een multidisciplinaire en persoonsgerichte aanpak bij de verwachte toename van chronische aandoeningen en multimorbiditeit (ref rapport Kaljouw, 2015). Dit seniorcoschap biedt de gelegenheid om aandacht te besteden aan multidisciplinair samenwerken.

Beschrijving van de interventie/innovatie

In een pilot is geëxperimenteerd met een consultenstage van 4 weken als laatste onderdeel van het seniorcoschap. In de eerste 8 weken ligt de focus op het begeleiden van het zorgproces van een individuele patiënt, van intake tot en met ontslag binnen de context van één verpleegafdeling. In deze aanvullende consultenstage wordt de student uitgedaagd tot kennis en vaardigheden van de interne geneeskunde in de breedte (problem based learning), samenwerkingsvaardigheden in een multidisciplinair zorgteam op verschillende afdelingen, triageren en prioriteren, grenzen kennen aan eigen kunnen en zelfreflectie, beroepsoriëntatie. De nadruk ligt op de CanMEDS rollen medische deskundigheid, communiceren, samenwerken, organiseren en reflecteren.

Ervaringen/analyse van de implementatie

Voor de coassistent is deze verbreding een aanvulling op de leerervaringen binnen het seniorcoschap tot nu toe: 'Persoonlijk vind ik dat mijn laatste maand als coassistent op de consulten erg waardevol is geweest en ik daar zowel op medisch als professioneel niveau een sterke groei heb laten zien'. De coassistent ervaart te acteren in een multidisciplinair team, en om te gaan met eigen expertise in relatie tot andere specialismen. De coassistent vormt zich een beeld van regie in het zorgproces van een patiënt, wat dit voor de patiënt betekent en leert begrippen als hoofdbehandelaar en medebehandelaar in de praktijk. De coassistent herkent verschillende culturen, zoals die bestaan in de verschillende vakgebieden ('boundary crossing'). De coassistent heeft verschillende supervisors en krijgt daarmee brede feedback op het eigen functioneren, dat bijdraagt in een sterke ontwikkeling.

Daarnaast blijkt, na evaluatie, dat deze stage nadrukkelijk gewaardeerd wordt om de mogelijkheden tot ontwikkeling van persoonlijk leiderschap (triage, grenzen verkennen en verleggen, communicatie, samenwerking met andere disciplines) en een beeld geeft van het beroep ziekenhuisarts, waar nog niet eerder mee kennis gemaakt is.

Lessons learned (implicaties voor de praktijk)

Een consultenstage binnen het seniorcoschap bereidt de coassistent aanvullend voor op de toekomstige rol van arts in een multidisciplinair team en in ontwikkeling van persoonlijk leiderschap.

Referentie

1 Kaljouw M, Naar nieuwe zorg en zorgberoepen. ZIN, 2015

Trefwoord: Curriculum: Student-centred, Learning outcomes: Patient management / prescribing, Learning outcomes: Professionalism / attitude / ethics

Wijze van presentatie: Praktijkpapier

V.H. Hulpiau, H.G. Geuens, K.G. Geens, I. Zink
KU Leuven

Context/probleemstelling of aanleiding

Sinds de jaren negentig heeft de Vlaamse regelgever het Nederlandse voorbeeld gevolgd in de aanpak van de kwaliteitszorg in het hoger onderwijs. Toen Nederland in 2011 besliste de instellingstoets in te voeren en te koppelen aan een afgeslankte versie van de visitatie, leek Vlaanderen initieel ook die weg in te slaan. Tot Vlaanderen er in 2015 toch voor koos een eigen koers te varen. De invoering van de instellingsreview ging gepaard met eerst de opschorting en later afschaffing van de visitaties. De hogeronderwijsinstellingen kregen de opdracht om de kwaliteitszorg, met betrokkenheid van externen, geheel in eigen handen te nemen. De belangrijkste drijfveren waren het versterken van de autonomie en de verantwoordelijkheid van de instellingen en het beheersbaar houden van de werklust, m.a.w. slim en slank.

Deze ontwikkelingen plaatsten de hogeronderwijsinstellingen voor de uitdaging hun kwaliteitszorgsysteem grondig tegen het licht te houden. Aan KU Leuven werd Cobra ingevoerd.

Beschrijving van de interventie/innovatie

Cobra staat voor COöperatie, Reflectie en Actie, met aandacht voor Checks & Balances. Cobra doorloopt drie niveaus: dat van de opleiding, de faculteit en de universiteit. De uitrol van Cobra binnen de opleidingen gebeurt volgens een universeel breed afsprakenkader en volgens een vierjarige cyclus, met om de twee jaar een rapportering naar faculteit en universiteit ('2x2-cyclus').

Op het opleidingsniveau reflecteert de opleidingscommissie over de onderwijskwaliteit binnen de opleiding op basis van kwalitatieve input uit onafhankelijke gesprekken onder respectievelijk studenten, docenten en onderwijsverstreckende medewerkers. Daarnaast betreft de opleiding ook externen, meer bepaald alumni, het werkveld en externe peers. De opleidingscommissie brengt de resultaten van deze reflecties over aandachtspunten en goede praktijken in een bredere dynamiek van 'checks & balances', door de confrontatie met andere (kwalitatieve en kwantitatieve) informatie. Als sluitstuk van deze fase stelt de opleidingscommissie een eindverslag op met actiepunten.

Ervaringen/analyse van de implementatie

In de periode 2017-2019 doorliepen alle opleidingen van de Faculteit Geneeskunde het Cobra-proces voor de eerste keer. Na afloop van deze eerste ronde, werd het proces geëvalueerd. Zowel programmadirecteurs, opleidingscoördinatoren als studenten werden geïnterviewd aan de hand van een semigestructureerde vragenlijst.

Lessons learned (implicaties voor de praktijk)

Uit de evaluatie blijkt dat (1) flexibiliteit op vlak van timing en concrete aanpak van groot belang is tegen de achtergrond van de diversiteit aan opleidingen (aard van de opleiding, omvang, doelpubliek ...). Daarnaast blijkt dat (2) de rol van externen in het proces nog verder uitgewerkt kan worden. Tot slot zijn alle partijen het erover eens dat (3) duidelijkheid nodig is over de verwachtingen m.b.t. het eindproduct.

Referentie

1 KU Leuven. (z.j.). *De kwaliteitszorgmethode van KU Leuven*. Geraadpleegd op 15/04/2019 via <https://www.kuleuven.be/onderwijs/onderwijskwaliteit/cobra>

Trefwoord: Education management: Quality Assurance, Education Management: Change

Wijze van presentatie: Praktijkpapier

N. de Jong¹, D. Neumann¹, X. Keuter², A. Zanting¹

¹Universiteit Maastricht, ²MUMC+

Context/probleemstelling of aanleiding

Maastricht University moedigt studenten aan om ervaring in het buitenland op te doen. Studenten van de Bachelors Gezondheidswetenschappen, European Public Health, en Biomedical Sciences kunnen een minor in het buitenland volgen. Studenten van de Master Geneeskunde kunnen voor hun keuzecoschap naar het buitenland. Elk academisch jaar gaan rond de 130 bachelor en 200 master studenten op reis. De bestemming, de duur en de doelen van de studenten kunnen verschillen. Voor alle bezoeken naar het buitenland geldt dat studenten goed voorbereid moeten zijn. Vanaf academisch jaar 2018-2019 is de Pre-Post departure training verplicht gesteld voor alle studenten die naar het buitenland gaan.

Beschrijving van de innovatie

Studenten gaan op verschillende tijdstippen (in het academisch jaar en in de opleidingsfase) naar het buitenland. De Pre-Post departure training is een blended learning training. Voor vertrek moeten studenten een online gedeelte volgen waarna een face-to-face bijeenkomst plaatsvindt (just-in-time-learning). Het online gedeelte bestaat uit verschillende modules: 'Logistics & Safety module', 'Global Mindset module', 'Infectious Diseases', and 'Mother and Child Health'. De eerste twee blokken zijn verplicht voor iedereen, de twee andere blokken worden alleen gevolgd door geneeskunde studenten die niet-westerse land bezoeken. Voor de eerste twee blokken maken de studenten een opdracht gerelateerd aan het te bezoeken land, de twee andere blokken worden getoetst door middel van multiple choice vragen. In de face-to-face bijeenkomst worden de opdrachten besproken. Voor alle bachelor studenten geldt dat ná de minor nog een face-to-face bijeenkomst plaatsvindt. Ook voor deze sessie dient de student zich (online) voor te bereiden. Voor alle studenten geldt dat ze de 'Global Mind Monitor' vóór en ná het buitenlandse bezoek invullen. Het doel van de Global Mindset module is het ontwikkelen van interculturele competenties. De monitor geeft deze competenties weer.

Ervaringen en Lessons learned

In academisch jaar 2015-2016 werd de pre-departure training gevolgd door 93 geneeskunde studenten die naar niet-westerse landen gingen. De studenten beoordeelden de gehele training met een 7 (ruim voldoende).

De huidige opzet van de PDT is succesvol omdat de training flexibel ingezet kan worden op verschillende tijdstippen in diverse curricula. Ook de focus op persoonlijke voorbereiding, toegesneden op de diverse competenties, behoeften, leerdoelen en bestemmingen van de individuele student leidt tot positieve ervaringen. Het doel van dit innovatieve onderwijs op maat is dat de buitenlandervaring een optimale culturele leerervaring wordt, gericht op het leren omgaan met een diverse patiëntenpopulatie en een ontwikkeling van een inclusieve houding.

Tijdens het congres worden de opzet en de inhoud van de training alsook recente evaluatieresultaten gepresenteerd.

Trefwoord: Education management: International/ transnational medical education, Teaching & learning: Blended learning, Teaching & learning: Independent learning

Wijze van presentatie: Praktijkpaper

Wat verwachten eerstejaars geneeskundestudenten van de toekomst?

M. Wijnen-Meijer¹, J.J. van Wijngaarden², M.E. Sakkers-Burer²

¹Technische Universität München / Fakultät, ²UMC Utrecht

Context/probleemstelling of aanleiding

Sinds 2006 bestaat het uitwisselingsprogramma International Medical Educators Exchange (IMEX). Hieraan nemen ervaren docenten van zes onderwijsinstellingen in vijf landen deel. Tweemaal per jaar vindt een site visit week plaats, waarin de deelnemers kennis nemen van het medisch onderwijs op de betreffende locatie en met elkaar hierover discussies voeren.

In 2016 is door de deelnemers een gezamenlijk onderzoeksproject gestart, met als onderzoeksvraag:

Wat verwachten geneeskundestudenten van hun toekomstige beroep als arts?

Uit een eerder onderzoek bleek, dat het al dan niet hebben van reële verwachtingen invloed heeft op het functioneren en vertrouwen van studenten. Voor opleidingen is het daarom relevant om inzicht te hebben in de verwachtingen van studenten.

Beschrijving van de interventie/innovatie

Studenten aan het begin en einde van de opleiding geneeskunde krijgen een korte vragenlijst voorgelegd met de volgende open vragen:

Waarom wil je arts worden?

Waar kijk je naar uit, als het gaat om je toekomstige beroep als arts?

Waar zie je tegen op?

Welke verwachtingen heb je ten aanzien van de toekomstige beroep als arts?

Uiteindelijk kunnen de verwachtingen van de studenten op verschillende manieren met elkaar worden vergeleken: tussen begin en eind van de studie, tussen verschillende cohorten en tussen verschillende landen.

Om de antwoorden te kunnen duiden, wordt in de betrokken landen een logboek bijgehouden, met daarin relevante ontwikkelingen en nieuwsberichten op het gebied van medisch onderwijs en de gezondheidszorg.

Ervaringen/analyse van de implementatie

Vanaf september 2017 hebben eerstejaars studenten in Utrecht, Cyprus en Leeds de vragenlijst ingevuld. Ondanks de verschillende contexten, zijn de antwoorden van de studenten in de verschillende landen erg vergelijkbaar. Bijna alle studenten geven aan arts te willen worden omdat ze mensen willen helpen, interesse hebben in het menselijk lichaam en graag met mensen willen werken. Ze kijken er naar uit om patiënten te helpen, en daar waardering voor te krijgen en om samen te werken met een prettige collega's. Ze zien er tegen op om slecht nieuws te moeten brengen, gevoel van machteloosheid als je patiënten niet kunt helpen en het vinden van een goede werk-privé balans. Ook zien studenten op tegen de competitie om een opleidingsplaats te bemachtigen. Tot slot verwachten ze dat het een zware baan zal zijn, waar ze voldoening uit zullen halen. Daarnaast hebben ze de verwachting dat ze het een dynamisch werkveld is, waarin ze altijd zullen moeten blijven leren.

Lessons learned (implicaties voor de praktijk)

Studenten kunnen hun verwachtingen goed onder woorden brengen. Dit is een voorbeeld van een internationaal onderzoek, dat goed uitvoerbaar is. In de komende jaren zullen universiteiten uit andere landen aansluiten.

Trefwoord: Students/Trainees: General, Medical education: General, Research in medical education: General

Wijze van presentatie: Praktijkpaper

C12.1 / Blue room

We werken niet te hard en te veel, we laden te weinig op: leer omgaan met je stress-systeem en laad op tijd op!

C.A.M. Buis

Noordwest Ziekenhuisgroep

Context/probleemstelling of aanleiding

Onlangs publiceerde de Jonge Specialist de resultaten van een onderzoek waaruit blijkt dat artsen in opleiding tot specialist (aios) relatief veel burn-out klachten hebben. Algemene gedachte over stress is dat het een negatieve invloed heeft op je prestaties. Nieuwe theorieën over mindset en stress geven inzicht in de wijze waarop hersenen omgaan met stress, focus en ontspanning. Eigen mindset over stress is van invloed op hoe je stress ervaart. Door positief te denken over stress, kan stress helpen om te excelleren. Van Rhenen geeft aan dat werkstress verkeerd wordt benaderd. Uitgeput zijn lijkt erbij te horen waardoor het moeilijk is dit op tijd te zien en hier verandering in aan te brengen. Als het wel op tijd wordt gezien, wordt vaak gedacht dat we te hard en te veel werken. Echter, van hard werken word je niet ziek, wel van te weinig opladen. Deze inzichten combineren we in één van onze aanpakken binnen Noordwest Ziekenhuisgroep om aios duurzaam inzetbaar te houden.

Beschrijving van de interventie/innovatie

Voor aios startten we een pilot met StressJam. Dit is een VR-game waarin je je eigen stress-systeem leert kennen en tools krijgt om stress effectief in te zetten. Biofeedback, een combinatie van meting hartritme en ademhaling, geeft je zicht op de ervaren stress. Vijf gecertificeerde StressJamcoaches van de Noordwest Academie begeleiden individueel de aios tijdens de StressJamsessies. Na het spelen van de game gaat de coach in op ervaringen en legt verband met de praktijk. Accenten liggen op: mindset stress; balans spanning en ontspanning en manieren om op te laden. Iedere aios die zich aanmeldt krijgt vier sessies van een uur gevolgd door mondelinge eindevaluatie. Voorkeur is het geheel binnen een maand af te ronden.

Ervaringen/analyse van de implementatie

Aios reageren positief en enthousiast. Ze zijn verrast over hoeveel inzicht de wijze van aanpak tijdens de game en het oefenen met stress oplevert. De manier waarop het spel gespeeld wordt en de aanpak van werkzaamheden in de praktijk vertonen vaak parallellen. Demonstraties in het management team resulteerden in aanvragen StressJam voor afdelingen.

Lessons learned (implicaties voor de praktijk)

Innoverende methode slaat aan bij doelgroep. Zoeken blijft het naar een praktische planning. Enthousiasme en behoefte aan ondersteuning in omgaan met stress ligt ziekenhuisbreed. Voor de praktijk is biofeedback (middels klein instrument) wenselijk, zodat bewustwording komt om moment te creëren om op te laden.

Referenties

1 Kelly McGonigal (2015), *Sterker met Stress*

2 NRC, (2018) Willem van Rhenen, 'We werken niet te veel, we laden te weinig op'

Trefwoord: Learning outcomes: Health promotion, Teaching & learning: Games, Learning outcomes: Professionalism / attitude / ethics

Wijze van presentatie: Praktijkpaper

J.J.G. Salden, A. Abdelmouman, R. Casteleijn
De Geneeskundestudent

Context/probleemstelling of aanleiding

De coschappen vormen een belangrijk onderdeel in de opleiding tot basisarts, welke door geneeskundestudenten vaak als zwaar ervaren wordt. Mogelijke redenen hiervoor zijn prestatiedruk en lange werkweken. Volgens de huidige richtlijn van de Nederlandse Federatie van UMC's mag de maximaal gevraagde inzet van een coassistent niet meer dan 46 uur per week beslaan.¹ Eerder werd al aangetoond dat arts-assistenten gemiddeld 8 uur per week overwerken.² Nooit is echter kwantitatief vastgelegd hoeveel uren coassistenten werkelijk besteden aan de coschappen en of de ervaren prestatiedruk hieraan bijdraagt.

Beschrijving van de interventie/innovatie

In de periode van november 2018 tot januari 2019 werd een enquête verspreid onder 14733 geneeskundestudenten. Hierin zijn acht vragen opgenomen die betrekking hadden op de werk- en prestatiedruk bij coassistenten.

Ervaringen/analyse van de implementatie

De enquête werd volledig ingevuld door 1480 coassistenten. Hiervan besteedt 86,5% meer dan 50 uur per week aan de coschappen. Bij 34,6% betreft dit meer dan 60 uur per week. Opvallend is dat de reden voor het overwerken deels verklaard wordt door onderlinge prestatiedruk. Zo ervaart 77,5% van de coassistenten onderlinge concurrentie. Binnen deze groep, leidt deze concurrentie en de druk om een goede beoordeling te halen ertoe dat 35,4% overwerkt. Ook geeft 33,4% van deze groep coassistenten aan hierdoor te weinig te slapen. Daarnaast voelt 65,0% van alle coassistenten zich bezwaard om zich ziek te melden. Bij 41,5% van deze coassistenten is de angst voor een lagere beoordeling hiervoor de reden en 38,6% geeft aan dat anders het coschap opnieuw gevolgd dient te volgen.

Lessons learned (implicaties voor de praktijk)

Geconcludeerd kan worden dat de gevraagde inzet bij het overgrote deel van de coassistenten de vastgestelde norm van 46 uur per week overschrijdt. Daarom is het van belang dat er gekeken wordt naar oplossingen om dit te voorkomen. Hierbij kan gedacht worden aan een vierdaags durend coschap, zodat er ook voldoende tijd is voor zelfstudie. Gegeven het feit dat meer dan de helft van de coassistenten zich bezwaard voelt om zich ziek te melden dient er geïnventariseerd te worden of ziekmelden inderdaad negatieve consequenties heeft voor coassistenten in termen van het herhalen van coschappen en beoordelingen. Eventueel zou hierop de aanwezigheidseisen aangepast moeten worden. Tot slot moet er gezocht worden naar manieren om de prestatiedruk voor coassistenten te verlagen. Het hervormen van de beoordelingen naar een dichotoom systeem (voldoende/onvoldoende) zou hieraan kunnen bijdragen.

Referenties

1 Bijgestelde richtlijnen voor de regeling van de positie van studenten geneeskunde in de klinische praktijk [Internet]. Nfu.nl. 2010 [cited 5 April 2019]. Available from:

<https://www.nfu.nl/img/pdf/richtlijnenregelingstudentengeneeskunde.pdf>

2 van Esch E, Soomers V. Nationale aios-enquête 2018. Gezond en veilig werken. [Internet].

3 Dejongespecialist.nl. 2018 [cited 18 March 2019]. Available from:

https://www.dejongespecialist.nl/nieuwsbestanden/Nationale%20aios%20enquete%202018_Gezond%20en%20veilig%20werken_14.pdf

Trefwoord: Medical education: Postgraduate education, Students/Trainees: Stress, Curriculum: Timetabling/sequencing

Wijze van presentatie: Praktijkpaper

C12.3 / Blue room

Een geïntegreerd onderwijsconcept om student-vroedvrouwen optimaal voor te bereiden op de praktijk

I. Vandelannoote

Erasmushogeschool Brussel

Context/probleemstelling of aanleiding

Student-vroedvrouwen moeten volgens nationale en Europese wetgeving competenties verwerven in alle domeinen van de verloskunde. Omdat stages in België meestal gelopen worden in ziekenhuizen waar studenten niet steeds de kans krijgen om alle competenties te verwerven, vormt dit een uitdaging. Het doel van onze interventie is het optimaal klaarstomen van de studenten voor de praktijk door het optimaliseren van het verwerven van alle essentiële competenties.

Beschrijving van de interventie/innovatie

Perinatale simulatie en casus-gebaseerd klinisch redeneren vormen de sleutelementen van het geïntegreerd onderwijsmodel.

(1) Als voorbereiding op elke stage worden perinatale simulatietrainingen gepland. Ons perinataal simulatiecentrum omvat een bevallingskamer met een highfidelity bevallingsfantoom; een neonatale kamer met highfidelity neonataal fantoom en 2 debriefinglokalen. Sinds 2014 zijn 4 van de simulatietrainingen interprofessioneel met studenten van de opleidingen vroedkunde, geneeskunde, verpleegkunde en de Banaba pediatrie. Dit laat de studenten toe om de competenties van klinisch redeneren, besluitvorming, communicatie, leiderschap en teamwerk interprofessioneel te verwerven.

(2) Casus-gebaseerd klinisch redeneren volgt op de stage. Elke student reflecteert over een casus die afgetoetst wordt aan wetenschappelijke evidence. Deze analyse vormt de basis voor een presentatie en een groepsdiscussie. Kritische interpretatie van literatuur, praktijk en klinisch redeneren van de student worden geëvalueerd.

Ervaringen/analyse van de implementatie

De studenten geven aan dat ze een grote meerwaarde ervaren van het simulatieonderwijs ten opzichte van het traditionele vaardigheidsonderwijs. De studenten ervaren dat ze hun eigen functioneren correcter leren inschatten en rapporteren een toegenomen zelfvertrouwen doorheen de simulaties. Casus-gebaseerd klinisch redeneren beoogt het ontwikkelen van kritische reflectievaardigheden door stage-ervaringen af te toetsen aan de wetenschappelijke evidence. Deze reflectie is essentieel om tot goede praktijkvoering te komen.

Concluderend kunnen we stellen dat de theory-practice gap via dit geïntegreerd onderwijsmodel verkleint en de studenten beter voorbereid zijn voor de praktijk.

Lessons learned (implicaties voor de praktijk)

De sleutel tot succes ligt in de structurele inbedding van het geïntegreerd onderwijsmodel in het volledige curriculum met een geleidelijke toename van complexiteit met gebruik van diverse en afwisselende onderwijsvormen. Dit onderwijsmodel laat de studenten toe om alle essentiële competenties beter te verwerven en optimaal voor te bereiden op de praktijk.

Referenties

- 1 Vermeulen J., Beeckman, K., Turcksin, R., Van Winkel L., Gucciardo L., Laubach M., Peersman W., Swinnen E. (2017). The Experiences of Last-year Student Midwives with High-Fidelity Perinatal Simulation Training. A Qualitative Descriptive Study. *Women and birth*, 30 (3), 253-261. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2017.02.014>
- 2 Vermeulen J., Vandelannoote I., Fobelets M., de Clercq G., Beeckman K. (2019). An integrative educational model aiming to improve student midwives' readiness for practice in Brussels, Belgium *European Journal of Obstetrics and Gynecology and Reproductive Biology* 234, e40. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2018.08.242>

Trefwoord: Curriculum: Education environment, Education management: Evidence-based education, Learning outcomes: Reflection / Critical thinking / decision-making / clinical reasoning

Wijze van presentatie: Praktijkpapier

Resultaten van de innovatieve samenwerking van de drie verloskunde opleidingen in Nederland m.b.t het vaardigheidsonderwijs

M.C. Weltens, K. Theeuwen
Zuyd Hogeschool

Context/probleemstelling of aanleiding

De samenwerking is vijf jaar geleden tot stand gekomen naar aanleiding van de interprofessionele POET-trainingen. Tijdens deze trainingdagen werd duidelijk dat er op het gebied van de verloskundige vaardigheden een onwenselijk groot verschil in aanpak tussen de drie opleidingen bestond. Er is initiatief genomen om tot eenduidige richtlijnen binnen de drie opleidingen te komen.

Beschrijving van de interventie/innovatie

Vanuit de drie Nederlandse verloskunde opleidingen – AVAG (Amsterdam-Groningen), VAR (Rotterdam) en AVM (Maastricht), is een werkgroep opgericht; het landelijk verloskundig overleg vaardigheidsonderwijs (LVOV). Deze werkgroep bestaat uit zes docenten, twee vanuit iedere opleiding. De werkgroep komt minimaal vier keer per jaar bijeen en probeert ieder studiejaar nieuwe vaardigheidsrichtlijnen te ontwikkelen. Het LVOV is begonnen met het ontwikkelen van drie gezamenlijke richtlijnen. Inmiddels hebben acht richtlijnen de PCDA-cyclus doorlopen. Elke opleiding ontwikkelt steeds één richtlijn, waarbij het proces begint met het uitwisselen van het lesmateriaal, waardoor de bestaande expertise bij elkaar gevoegd wordt. Vervolgens vindt er onderzoek plaats naar de wetenschappelijke onderbouwing rondom de handelingen en spreekt de eerste auteur van de richtlijn met studenten en deskundigen in het werkveld. Uiteindelijk wordt er per richtlijn consensus bereikt, waarna de betreffende richtlijn het volgend studiejaar wordt opgenomen in het onderwijs. Via een train-de-trainers-bijeenkomst stemmen de betrokken (vaardigheids)docenten voorafgaand aan het aanbieden van de richtlijnen de eigen inhoudelijke- en didactische vaardigheden af. Ieder jaar worden de geïmplementeerde richtlijnen geëvalueerd en zo nodig herzien op basis van nieuwe didactische- en vakinhoudelijke inzichten.

Deze samenwerking draagt bij aan een verhoging van de kwaliteit van het onderwijs door het uitwisselen van onderwijsmateriaal, toets-beleid, onderwijsvisies en nieuwe ontwikkelingen in het werkveld. Omdat de richtlijnen ook buiten het onderwijs bruikbaar zijn, heeft het LVOV overleg met de beroepsorganisatie (KNOV). Het gezamenlijk draagvlak creëert een uniforme visie naar de studenten en het werkveld. De hele beroepsgroep kan er op deze manier van profiteren. De LVOV-richtlijnen dragen hierdoor bij aan de verbetering van de kwaliteit van de Nederlandse verloskundige zorg.

Ervaringen/analyse van de implementatie

De implementatie van de richtlijnen binnenschools verhoogt de efficiëntie van de stageaanbieders, welke studenten van de verschillende opleidingen stageplaatsen aanbieden. Deze samenwerking werkt tevens kostenbesparend en verhoogt de doelmatige inzet van beschikbare manpower. De zorgvuldige en grondige analyse bij het tot stand komen van een richtlijn zorgt ervoor dat de cliënt de best voorhanden verloskundige zorg geboden krijgt.

Lessons learned (implicaties voor de praktijk)

Voor een uniforme implementatie is het noodzakelijk gebleken de tijd te nemen om draagvlak onder de uitvoerende docenten te creëren. Zonder de train- de trainer-bijeenkomst bleek dat verschillende docenten de richtlijnen verschillend inzette in het onderwijs.

Trefwoord: Education management: Quality Assurance, Learning outcomes: Clinical and practical skills

Wijze van presentatie: Praktijkpaper

C13 / van der Veeken room

Visual Thinking Strategies (VTS): de kracht van het kijken naar kunst vanuit verschillende perspectieven en samen meer zien

A.G. de Waal-Sint, V.J. Selleger
Amsterdam UMC loc. VUmc

Thema

Als aanvulling op het competentieeleren zijn er de laatste jaren internationaal verschillende innovatieve en kunstzinnige werkvormen ontwikkeld, met het doel de persoonlijke professionele ontwikkeling te stimuleren en tevens recht te doen aan verschillende leer- en reflectiestijlen. Een goed gedocumenteerde en gewaardeerde methode is de methode 'Visual Thinking Strategies' (VTS). [referentie 1] Met de methode zijn goede ervaringen opgedaan aan de universiteiten van Harvard, Boston en Cork. [referentie 2] Deelnemers bespreken in een groep verschillende kunstwerken volgens een drie-stappenmethode. Deze methode daagt zowel het inhoudelijke als het creatieve denkvermogen uit. Deelnemers worden zich bewust van verschillende perspectieven en van de meerwaarde van het samen kijken en luisteren naar de visie van de ander. Deelnemers aan deze NVMO-workshop gaan zelf aan de slag met VTS, waarbij speciale aandacht zal zijn voor de thematiek van diversiteit. Na afloop worden de eigen ervaringen besproken en worden de mogelijke toepassingen in de eigen onderwijspraktijk verkend.

Doel

Deze oefening in waarnemen, interpreteren, samenwerken en persoonlijke betekenisgeving maakt vaardigheden die in de gezondheidszorg worden gebruikt zichtbaar in een andere context. Hierbij komen aspecten van diversiteit impliciet en expliciet aan de orde.

Doelgroep

Docenten, studenten, en curriculumontwikkelaars genees- of verpleegkunde.

Opzet: activiteiten en opbrengst

Activiteiten:

- Korte kennismaking met elkaar en met het ontstaan van de methode VTS.
- Zelf deelnemen aan interactieve werkvorm. Hierbij wordt een afbeelding geprojecteerd en krijgen de deelnemers de tijd om dit te observeren. Daarna wordt men door 3 korte open vragen uitgedaagd om de eigen interpretaties met de groep te delen. De gespreksleider zorgt dat er tijd is voor reflectie en het verder beargumenteren van de eigen bijdrage en voor het respectvol voortborduren of van mening verschillen op respectievelijk met de bijdrages van de verschillende deelnemers.
- Bespreken eigen ervaring en ervaring van anderen uit de groep en van mogelijke toepassingen in het eigen onderwijs.

Opbrengst workshop VTS:

- Kennismaking met de principes van Visual Thinking Strategies (VTS)
- Ervaring hoe VTS reflectie op gang helpt door visueel in plaats van verbaal te starten
- Ervaring hoe VTS gelijkwaardigheid in een diverse groep creëert en de eigen rol in de samenwerking zichtbaar maakt
- Ervaring hoe VTS tunnel-visie kan aantonen, door in een niet-medische context het waarnemen en interpreteren inzichtelijk te maken
- Zicht op persoonlijke betekenisgeving/ referentiekader (impliciet of expliciet t.a.v. diversiteit)
- Eerste verkenning van de mogelijkheden voor toepassing van VTS in de eigen onderwijssetting

Referenties

- 1 Philip, Y. (2017). Visual Thinking Strategies, using art to deepen learning across school disciplines. Massachusetts: Harvard Education Press Cambridge; ISBN 978-1-61250-609-8
- 2 Kruiper-Doesborgh, S & Horst, R. ter & Poorthuis, S (2014). Visual Thinking Strategies, voor Patiënten en Artsen. Neuron, Vol 19 (nr 6)

Max aantal deelnemers: 20

Trefwoord: Learning outcomes: Reflection / Critical thinking / decision-making / clinical reasoning, Learning outcomes: Professionalism / attitude / ethics, Teachers/Trainers: Professionalism/scholarship

Wijze van presentatie: Workshop

C14 / Leeuwen room I

Onbekend maakt onbehandeld - op weg naar inclusie van geneeskunde voor mensen met een verstandelijke beperking in de medische curricula

M. Mastebroek¹, A.M. van Eeghen², J.M.T. Veeren³, R. Hameleers¹

¹Radboudumc, ²Amsterdam UMC, ³Erasmus MC

Thema

Medisch studenten en artsen-in-opleiding krijgen zeer weinig onderwijs over mensen met een verstandelijke beperking (VB) en hun gezondheidsbehoeften. Van een VB is sprake bij een IQ<85 met bijkomende problemen in zelfredzaamheid. De VB wordt, hoewel aanwezig bij ongeveer een miljoen Nederlanders, vaak niet herkend door artsen en gaat vaak gepaard met lichamelijke en psychische comorbiditeit, soms veroorzaakt door genetische syndromen. Huisartsen en specialisten is vaak niet bekend waar je in de behandeling rekening mee moet houden en wanneer je verwijst naar een Arts Verstandelijk Gehandicapten (AVG). Hierdoor treedt zowel onder- als overbehandeling op, wat bijdraagt aan slechtere gezondheid en een aanzienlijk kortere levensverwachting bij deze doelgroep. Reden te meer om kennis en kunde over medische zorg aan mensen met een VB vast onderdeel te laten zijn van de medische curricula.

De afgelopen jaren is dit relatief nieuwe AVG-vakgebied bij enkele geneeskundeopleidingen geïntroduceerd, soms zelfs in samenwerking met mensen met een VB. Succesvolle implementatie berustte op twee strategieën: het voor het voetlicht brengen van de zeer specifieke gezondheids- en communicatiekenmerken van patiënten met een VB, en anderzijds het benadrukken van de overeenkomsten met kwetsbare (laaggeletterde) patiëntengroepen in het algemeen. Het vakgebied is als generalistisch specialisme erg geschikt om geneeskundestudenten in de breedte te laten leren en blijkt exemplarisch voor vakgebieden die de essentie van complexe en multidisciplinaire geneeskunde willen onderwijzen, zoals ethiek, genetica, psychiatrie, kindergeneeskunde en ouderenzorg. Dit biedt veel mogelijkheden voor geïntegreerd scholingsaanbod. Bij het merendeel van de geneeskundeopleidingen moet dergelijke scholing echter nog compleet ontwikkeld worden.

Doel

Deze workshop heeft als doel inzichten te verkrijgen en te delen m.b.t. het ontwikkelen van onderwijs over geneeskunde voor mensen met een VB.

Deelnemers leren:

Waar de kansen liggen om onderwijs over medische zorg aan mensen met een VB te ontwikkelen. Welke CanMeds-competenties dit onderwijs beslaat. Hoe je samenwerkt met ervaringsdeskundige docenten met een VB. Met welke onderwijsvormen de beste ervaring is opgedaan. Hoe je samenwerking met andere medische disciplines aangaat om geïntegreerd scholingsaanbod te ontwikkelen.

Doelgroep

Docenten geneeskunde (bachelor/master) en specialistische vervolgoopleidingen.

Referenties

1 Glover, G. Williams, R., Heslop, P., Oyinlola, J., Grey, J. Mortality in people with intellectual disabilities in England. *JIDR* 2017;61:62-74

2 Woittiez, I., Eggink, E., Putman, L., Ras, M. Zorg voor mensen met een verstandelijke beperking in internationaal perspectief - Een verkenning. Nederlandse samenvatting van het bijbehorende Engelstalige rapport *An international comparison of care for people with intellectual disabilities. An exploration*. ISBN 9789037708714. Sociaal Cultureel Planbureau, 2018

Max aantal deelnemers: 25

Trefwoord: Curriculum: Integration, Curriculum: Inter-professional, Learning outcomes: Communication skills

Wijze van presentatie: Workshop

Design Thinking: Nieuwe manier van denken, sneller een beter resultaat. 'Hoe laten we Annie langer thuis wonen?'

L. Dijkink¹, J. van Hal²

¹Erasmus MC, ²Radboudumc

Thema

Design Thinking is een ontwerpgerichte cyclische werkwijze, die creatief en participatief van aard is. Niet het probleem, maar de mens staat centraal. In co-creatie wordt in samenspraak met de stakeholders, naar een nieuw en bruikbaar perspectief voor het vraagstuk toegewerkt. Dit door op een systematische wijze te observeren, oplossingen te visualiseren, en vervolgens prototypen te ontwikkelen, te testen, bij te stellen en opnieuw te testen. Het proces resulteert in een gedeeld eigenaarschap waardoor er draagvlak ontstaat voor het eindresultaat.

Deze workshop is voor iedereen die sneller, meer gedragen beleid wil maken en met Design Thinking wil experimenteren. De deelnemer is op zoek naar nieuwe manieren om multidisciplinair samen te werken, zijn doelgroep anders aan te spreken en meer te betrekken.

Doel

Kennismaken met de onderdelen van het Design Thinking door het doorlopen van de fases aan de hand van een casus. Door het direct toepassen van de theorie krijgen de deelnemers een idee waar en hoe ze Design Thinking in de organisatie en in het werkveld toe kunnen toepassen.

Doelgroep

Docenten, coördinatoren van onderwijs, studenten en aios.

Opzet: activiteiten en opbrengst

We starten met een confrontatie waar de deelnemers in korte tijd op een creatieve manier uitgedaagd worden om mee te dealen en tegelijk met elkaar kunnen kennismaken. Vanuit deze positie willen we de deelnemers nieuwsgierig maken naar de theorie van Design Thinking die we in een PowerPoint presentatie uiteen zullen zetten. Na de theoretische achtergrond gaan we de verschillende fases van Design thinking doorlopen met het interprofessionele vraagstuk "Hoe laten we Annie langer thuis wonen?". Dit probleem wordt, na deelnemers te hebben ingedeeld in rollen, vanuit verschillende stakeholders in kaart gebracht. Op basis van de gezamenlijke probleemanalyse wordt het vraagstuk scherp geformuleerd. De volgende stap in het proces is om in de verschillende groepjes met behulp van uiteenlopende hulpmiddelen oplossingen te bedenken en deze uit te werken in een prototype. Deze prototypes worden gepitcht aan aangewezen deelnemers van de andere groepjes, waarbij de feedback meegenomen wordt naar de eindfase. De afronding bestaat uit de keuze van de groep voor het aantrekkelijkste idee en een nabespreking van het Design thinking proces dat we in snel tempo in deze workshop hebben doorlopen.

Referenties

1 Tim Brown van IDEO over het hoe en waarom van Design Thinking. Zie:

https://www.ted.com/talks/tim_brown_urges_designers_to_think_big?language=nl#t-929202

2 <https://www.managementboek.nl/boek/9789024421435/design-thinking-radicaal-veranderen-in-kleine-stappen-guido-stompff>

3 <https://designthinkingworkshop.nl/google-design-sprint/>

Max aantal deelnemers: 20 (4 groepen van 5)

Trefwoord: Education management: All

Wijze van presentatie: Workshop

De wereld in je spreekkamer: omgaan met diversiteit in de arts-patiënt communicatie

N. Hamdoula, S.A. Siek
Erasmus MC

Thema

Diversiteit in het onderwijs.

Doel

Bewustwording, nieuwsgierig maken en inzicht bieden in de betekenis van diversiteit in relatie tot jouw handelen als arts.

Inzichtelijk maken van de impact van een aantal patiënt- en artsgebonden factoren, bij het diagnostisch- en behandeltraject.

Oefenen met drie vaardigheden (cultureel interview, vierdomeinmodel, SCIL) die je kunt toepassen bij je eigen onderwijs over omgang met diversiteit en in je eigen praktijk.

Doelgroep

Onderwijsgevers- en makers, artsen, arts-ondersteuners en paramedici die geïnteresseerd zijn in omgaan met verschillen tussen patiënten en de impact van deze verschillen op hun handelen in de spreekkamer en in de opleiding.

Opzet: activiteiten en opbrengst

Inleiding programma met oog op relevantie van omgaan met verschillen in de arts-patiënt communicatie.

Kennisquiz met input van deelnemers d.m.v. mentimeter met als opbrengst kennis over de impact van patiëntgebonden factoren op (goede) gezondheid, levensverwachting en sterfte.

Oefenen aan de hand van een spreekuur met drie arts-patient rollen. De opbrengst is arts-patiënt communicatie ervaren en de juiste vaardigheid toepassen in gesprek met een patiënt met een andere migratie-achtergrond, een patiënt met licht verstandelijke beperking en een patiënt met chronische pijn en laag sociaal economische status.

Nabespreken van het spreekuur in de eigen subgroep. Door uitwisselen van ervaringen krijgen de deelnemers meer inzicht in het belang van goede communicatie tussen arts en patiënt en het aansluiten bij het niveau en de verwachtingen van de patiënt.

Plenaire discussie waarbij deelnemers worden uitgenodigd ervaringen te delen over deze vorm van onderwijs en hoe je dit onderwerp zelf kunt implementeren in je eigen onderwijs. Deze workshop fungeert als voorbeeld hoe je op een simpele manier aandacht kunt schenken aan diversiteit in het onderwijs.

Afsluiting door deelnemers take home message te laten formuleren en lessen samen te vatten over hoe je diversiteit vormgeeft in het onderwijs.

Referenties

1 Het culturele interview: in gesprek met de hulpvrager over cultuur en context, deel 1- Praktijkervaringen

en deel 2- Beschouwingen: <http://www.pharos.nl/>.

2 Het 4D model: <http://www.stichtingvolte.nl/>

SCIL: <http://www.hogrefe.nl/shop/scil-screener-voor-intelligentie-en-licht-verstandelijke-beperking.html>

Max aantal deelnemers: 20

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

Wijze van presentatie: Workshop

C17 / Goudriaan room II

Teamwork under pressure

F.S. Dijkstra¹, A. de la Croix²

¹Saxion Hogeschool, ²Vrije Universiteit

Thema

Ben jij ervan overtuigd dat je onder elke omstandigheid fantastisch kunt samenwerken? Heb je juist het gevoel dat je teamwork skills achteruit gaan in een stressvolle situatie? Of denk je dat je met enkel goede technische skills levens kunt redden? Kom het zelf ervaren in deze workshop.

Doel

- Ervaren wat stress doet met samenwerken in een team
- Gestructureerd nabespreken van een samenwerking volgens debriefing-principes
- Koppelen van eigen ervaringen aan aantal theoretische concepten over stress en teamwork

Doelgroep

Professionals die regelmatig in een team samenwerken, soms onder stressvolle omstandigheden
Professionals die zich bezighouden met onderwijs en training van teams

Opzet: activiteiten en opbrengst

Deze workshop laat je ervaren wat een stressvolle situatie doet met het samenwerken in een team. Door het uitvoeren van een praktische opdracht (waar geen specifieke voorkennis voor noodzakelijk is) en het systematisch nabespreken van de samenwerking krijg je inzicht in wat werkt en wat niet werkt. Daarnaast doe je up-to-date kennis op over teamwork en stress, op basis van literatuur uit diverse disciplines zoals SWAT-teams, brandweer en scheepvaart.

Referentie

1 Krage R, Zwaan L, Tjon Soei Len L, Kolenbrander MW, van Groeningen D, Loer SA, et al.

Relationship

between non-technical skills and technical performance during cardiopulmonary resuscitation: does stress have an influence? Emergency medicine journal. 2017;34(11):728-33.

Max aantal deelnemers: 20

Trefwoord: Learning outcomes: Teamwork, Students/Trainees: Stress

Wijze van presentatie: Workshop

C.J. Hess¹, A.J.M. Janssen², T.B. Stap¹, J.J. Koksma¹, H.H.J. Das²

¹Radboudumc

Context/probleemstelling of aanleiding

Ons zorgsysteem wordt geconfronteerd met complexe uitdagingen op het vlak van communicatie en organisatie liggen. Professionals moeten daarbij meer en meer in staat zijn om over de grenzen van hun kennisdomein heen verbinding te zoeken. Binnen de meeste, disciplinaire, opleidingen bestaan echter weinig mogelijkheden dit te leren. Daarom is het van belang om samenwerking tussen studenten van verschillende studierichtingen te bevorderen.

Beschrijving van de interventie/innovatie

In februari 2020 start in het Radboudumc de interfacultaire minor; *Healthcare communication, management and organisation*, toegankelijk voor studenten geneeskunde, letteren, en managementwetenschappen.

Ervaringen/analyse van de implementatie

Als pilot is de cursus Praktijkgestuurde Communicatieve Innovaties uit de minor, dit jaar aangeboden aan letterenstudenten. In deze cursus wordt theoretische kennis uit de communicatiewetenschap toegepast in gesprekken met simulatiepatiënten. Dit is vormgegeven door 1) iedere student aan het begin en eind van de pilot een simulatiegesprek te laten voeren, en door hen in groepsverband 2) de eigen gesprekken te laten coderen en analyseren op communicatiestijlen, linguïstische elementen en daaraan gerelateerde veranderingen in therapietrouw. De analyses op subgroepsniveau toonden verbanden tussen de communicatiestijl van studenten en de lading van een gesprek (positief, negatief, neutraal) en toonden geen systematische genderverschillen. Uit analyses op groepsniveau bleek dat therapietrouw gemeten volgens de Medication Adherence Rating Scale na de tweede ronde gesprekken ($M = 4.14$, $SD = 3.42$) hoger lag dan na de eerste gespreksronde ($M = 3.06$, $SD = 3.21$).

Groepsanalyses tonen de leercurve van studenten tijdens het vak en zijn tevens een *feedback loop* voor onderwijsevaluatie.

Tijdens de cursus hebben twee focusgroepinterviews plaatsgevonden, waarbij de focus lag op het concept *border crossing*. Vragen waren gesitueerd rondom thema's zoals: 'de eerste kennismaking meteen werkpraktijk, de eerste leerervaring buiten de eigen faculteit, maar ook verschillen tussen studenten geneeskunde en letteren.

Uit de interviews bleek dat communicatiestudenten het spannend vinden om in aanraking te komen met de medische beroepspraktijk en dat zij de meerwaarde van praktijkgestuurd onderwijs ervaren.

Daarnaast ontdekken zij een spanning tussen de eigen assumpties over geneeskundigen en de mate waarin deze gedachte overeenkomt met de werkelijkheid.

Lessons learned (implicaties voor de praktijk)

Het aanbieden van een praktijkgestuurde leeromgeving lijkt bij te dragen aan effectiever gebruik van theoretische kennis bij letterenstudenten. Als de geplande minor komend jaar wordt aangeboden aan een gemixte groep studenten moet perspectiefverbreding en 'frame reflection' een centraal thema gaan vormen in het onderwijs.

Referentie

1 Fialko, L., Garety, P.A., Kuipers, E., Dunn, G., Bebbington, P.E., Fowler, D., & Freeman, D. (2008). A large-scale validation study of the Medication Adherence Rating Scale (MARS). *Schizophrenia Research*, 100(1-3), 53-59. Stalmeijer, R., McNaughton, N. & Van Mook, WNKA (2014). Using Focus Groups in Medical Education Research. AMEE Guide 91.

Trefwoord: Curriculum: Inter-professional, Learning outcomes: Communication skills, Teaching & learning: Small group

Wijze van presentatie: Poster

L.M. van der Meij, C. Ouariagli
Amsterdam UMC loc. AMC

Context/probleemstelling of aanleiding

HvA en AMC hebben IPE (interprofessionele educatie) ontwikkeld, waarin studenten (Fysio-, Ergo- en Oefentherapie en Verpleeg- en Geneeskunde) worden gestimuleerd om in studententeams aan een complexe patiëntcasus te werken.

Gedurende de ontwikkel- en implementatiefase van dit onderwijs ontmoetten we uitdagingen:

1. Doelen en uitgangspunten van IPE & taken en verantwoordelijkheden van het ontwikkelteam zijn niet voor ieder gelijk of vanzelfsprekend;
2. Logistieke problemen, bijvoorbeeld om studenten gezamenlijk te roosteren, toegang te geven tot onderwijsmaterialen etc., zijn groot;
3. Het faciliteren van procesmatige en persoonlijke ontwikkelingen, die van belang zijn in interprofessionele samenwerking, zijn cruciale aspecten van IPE, waarbij docenten ondersteuning behoeven.

Beschrijving van de interventie/innovatie

IPE wordt geëvalueerd in de gangbare evaluatierondes van de opleidingen. Waardering blijkt wisselend. Onderwijskundigen van het AMC willen weten hoe de lessen er in de praktijk uitzien, uitgaande van bovenstaande 'moeilijkheden'.

In een kleinschalige kwalitatieve aanvulling op de evaluaties is daarom geobserveerd in enkele lessen. Docenten zijn geïnterviewd, en relevante opmerkingen van studenten tijdens en na lessen zijn opgetekend.

Ervaringen & analyse van de implementatie

Docenten zijn matig tevreden over de toegankelijkheid van uitgangspunten, leerdoelen en toetsing. Niet alles op de verschillende digitale leeromgevingen 'werkt'. Docenten grijpen in deze leemte soms terug op hun bekende repertoire (kennisoverdracht).

De studentgroepen bestaan – per definitie – uit verschillende achtergronden. Hoewel uitgangspunt van IPE, is hierop inspelen niet vanzelfsprekend. Ook hier kan handelingsverlegenheid ontstaan, en soms wordt dan 'gecategoriseerd': "Studenten van opleiding x staan echt op achterstand" – een contraproductieve houding voor IPE.

Het niveau van de onderwijsbijeekkomsten wordt door sommige studenten en docenten als 'te makkelijk' ervaren: "Bedankt voor de 'gratis' studiepunten!" Voor docenten blijkt het – ondanks het beoordelingsformulier - lastig te zijn om te beoordelen of individuele studenten voldoende interprofessionele competenties hebben verworven en dan wordt in de beoordeling coulance betracht.

Lessons learned (implicaties voor de praktijk)

1. Kies een koers: afstemming tussen IPE-ontwikkelaars is cruciaal en voorwaardelijk voor het creëren van zinvolle leerervaringen in IPE. Na vastgestelde beoogde leeropbrengsten, die zich vooral op het vlak van professionele ontwikkeling bevinden, dienen deze helder gecommuniceerd te worden. Stakeholders in de logistieke organisatie, alsmede uitvoerenden (docenten), moeten tijdig en effectief hierover ingelicht worden;

2. Steun de docent: de docenten moeten gedurende de looptijd van het onderwijs een aanspreekpunt hebben en eenduidige instructie krijgen, waardoor de focus binnen de lessen voor elke student (ongeacht de docent) hetzelfde is;

3. Laat het team zijn werk doen: studenten worden beoordeeld op hun vaardigheden, dan wel op de groei die zij daarin laten zien.

Kwalitatieve monitoring van dit nieuwe onderwijs bood docenten en studenten de gelegenheid hun praktijkervaringen te delen. Onderwijskundigen haalden hiermee contextrijke informatie op, waarmee zij in de ontwikkelfase geconstateerde kwetsbaarheden in de toekomst het hoofd kunnen bieden.

Trefwoord: Curriculum: Inter-professional, Learning outcomes: Teamwork, Learning outcomes: Teaching skills

Wijze van presentatie: Poster

C18.3 / Exchange hall

De kracht van feedback: ervaringen van arts-assistenten anesthesiologie met interprofessionele feedback en de invloed van machtsverschillen op de OK

L.A. Oudhoff

Context/probleemstelling of aanleiding

Op de operatiekamers is interprofessionele communicatie en samenwerking essentieel voor de patiëntveiligheid (Thomas et al., 2009). Deze complexe werkomgeving is voor arts-assistenten anesthesiologie de voornaamste leeromgeving. Interprofessionele feedback kan bijdragen aan zowel de opleiding van arts-assistenten als het stimuleren van interprofessionele communicatie en samenwerking. Macht- en machtsverschillen kunnen dit proces beïnvloeden. Fedor et al. (2001) vonden dat twee soorten, namelijk referentie en expert macht, invloed hadden op gedragsveranderingen naar aanleiding van feedback. Om het gebruik van interprofessionele feedback te optimaliseren is het essentieel om te begrijpen hoe arts-assistenten anesthesiologie de aannemelijkheid, geloofwaardigheid en bruikbaarheid van interprofessionele feedback ervaren en wat de invloeden zijn van machtsverschillen.

Beschrijving van de interventie/innovatie

Elf arts-assistenten anesthesiologie werden geïnterviewd met behulp van een semi-structurele vragenlijst. De data werden geanalyseerd met een template analyse. Uit de literatuur bekende invloeden op feedback werden gebruikt als a-priori thema's. Deze thema's werden gebruikt voor de analyse van de eerste interviews, waarna de thema's en het initiële template werden aangepast aan de resultaten om alle data te analyseren.

Ervaringen/analyse van de implementatie

De verschillende gezichtspunten van de diverse professionals werden gezien als toegevoegde waarde van interprofessionele feedback. De aannemelijkheid, geloofwaardigheid en bruikbaarheid van de feedback werd beïnvloed door de mate waarin de feedback gevers bekend waren met de taak of competentie waar ze feedback op gaven en of ze de arts-assistenten direct hadden kunnen observeren. Machtsverschillen werden door de arts-assistenten soms ervaren als barrière om feedback te geven, maar geen van de arts-assistenten gaf aan dat het van invloed was op hoe zij de gegeven feedback ervoeren. Echter de waarde die arts-assistenten toekenden aan de kennis van de feedback gever is een vorm van expert macht.

In de praktijk was interprofessionele feedback vaak weinig specifiek, wat afbreuk deed aan de geloofwaardigheid en bruikbaarheid van de feedback. Uitdagingen voor het geven van interprofessionele feedback op de operatiekamers waren het gebrek aan tijd en plaats voor feedback, de vaak wisselende teams en het niet goed kennen van andere professionals.

Lessons learned (implicaties voor de praktijk)

Deze studie laat zien dat andere professionals dan de eigen stafleden een waardevolle bron kunnen zijn voor feedback aan arts-assistenten. Het is belangrijk om de kwaliteit en het gebruik van de feedback verder te verbeteren door specifiekere feedback te geven en feedbackmomenten in de dagelijkse praktijk te creëren. Verder onderzoek kan zich richten op interprofessionele feedback in andere leeromgevingen en bij andere medische professionals.

Referentie

1 Thomas, E., Mazzocco, K., Graham, S., Petitti, D., Fong, K., Bonacum, D., ... Sexton, B. (2009) In Flin, R., & Mitchell, L. (Eds). *Safer surgery : Analysing behaviour in the operating theatre* (pp. 261-282). Farnham, England: Ashgate.

Trefwoord: Assessment: Workplace-based (on-the-job)assessment, Medical education: Postgraduate education, Curriculum: Inter-professional

Wijze van presentatie: Poster

C18.4 / Exchange hall

Visie van laatstejaars verpleegkunde- en geneeskundestudenten op interprofessioneel leren en sociale identificatie met de beroepsgroep en met het interprofessionele team: een exploratieve studie

C.J.M. Tielemans, W.E.S. van den Broek, T.J. ten Cate, C.L.J.J. Kruitwagen, H.E. Westerveld
Universiteit Utrecht

Context/probleemstelling of aanleiding

Sociale identificatie (mate waarin we ons met een bepaalde groep identificeren) theorie biedt interessante invalshoeken om naar groepsprocessen in de gezondheidszorg en interprofessioneel samenwerken en –leren (IPL) te kijken (1). Zo kan een sterke identificatie met één groep de samenwerking met een andere groep belemmeren. Wij exploreerden of laatstejaars studenten verpleegkunde en geneeskunde, die in de praktijk altijd met andere zorgprofessionals samenwerken, zich sterker identificeren met hun eigen beroepsgroep of met het interprofessionele team waarin zij in hun huidige of laatst afgeronde stage werk(t)en, en wat hun ervaringen met en meningen over IPL waren.

Beschrijving van de interventie/innovatie

We hebben 276 laatstejaars geneeskunde- en verpleegkundestudenten uit Utrecht een vragenlijst gestuurd. Het eerste deel was een vertaalde versie van een bestaande vragenlijst om de sterkte van sociale identificatie te meten (2) en werd ingevuld voor zowel de eigen beroepsgroep als het interprofessionele team. Daarnaast hebben we vier open vragen gesteld om ervaringen en meningen te vragen over interprofessioneel leren en -feedback.

Ervaringen/analyse van de implementatie

Er reageerden 53 studenten, van wie 15 verpleegkundestudenten. Beide groepen blijken zich sterker te identificeren met de eigen beroepsgroep dan met het interprofessionele team, maar dit is slechts een klein verschil. Uit de open vragen blijkt dat studenten veel verschillende professionals als leden van het team beschouwen, bijvoorbeeld ook professionals die niet direct 'aan het bed staan', zoals ondersteunend personeel en management. Studenten geven aan veel geleerd te hebben van de samenwerking met andere professionals, onder andere op het gebied van communicatie en het belang van samenwerken voor optimale patiëntenzorg. Studenten staan open voor interprofessionele feedback, met name omdat het informatie geeft over aspecten van hun functioneren die ze niet van de eigen beroepsgroep krijgen, maar noemen daarbij wel voorwaarden, bijvoorbeeld dat er voldoende contact moet zijn met de andere professional. Studenten noemden ook veel factoren die IPL kunnen bevorderen of tegenwerken, zowel op individueel, cultureel en organisatieniveau.

Lessons learned (implicaties voor de praktijk)

We vonden dat zowel de geneeskunde- als verpleegkundestudenten zich iets sterker identificeren met hun eigen professionele groep dan met het interprofessionele team, wat in theorie ongunstig kan zijn voor onderlinge samenwerking. Uit de open vragen blijkt dat studenten wel open staan voor leren van de andere professionals, maar dat er in de praktijk factoren zijn die dit in de weg kunnen zitten. Ondanks de lage respons levert dit exploratieve onderzoek nuttige inzichten.

Referenties

- 1 Burford B. The cross-cutting edge group processes in medical education: learning from social identity theory. *Med Educ.* 2012;(46):143-152.
- 2 Cameron, J. E. (2004). A three-factor model of social identity. *Self and Identity*, 3, 239–262.

Trefwoord: Curriculum: Inter-professional, 68. Medical education: Undergraduate education, Assessment: Feedback

Wijze van presentatie: Poster

C18.5 / Exchange hall

De impliciete ethiek van competentiegericht opleiden: een kritische (deugd)ethische analyse

P.M.B. Versteegen, J.J. Kole, A.S. Groenewoud, F.J.A. van den Hoogen
Radboudumc

Context/probleemstelling of aanleiding

Wat maakt iemand tot een *goede medisch specialist* met het oog op de toekomst? Volgens Don Berwick (2016) – expert in kwaliteit van zorg – vergt de toekomst een andere manier van denken en dus ook van opleiden: we moeten van era 2 naar era 3, het zogenaamde ‘moral era’. Era 2 heeft geleid tot gestandaardiseerde kwaliteitsborging en de nieuwe generatie is grootgebracht met nadruk op externe verantwoording en kwaliteitsmetingen: durven zij nog wel af te wijken van protocollen wanneer dat nodig is? Deze vragen zijn de aanleiding van het onlangs gestarte onderzoeksproject over karaktervorming van medisch specialisten. Hierin onderzoeken we hoe het in de huidige opleiding gesteld is met professionele karaktervorming van medisch specialisten en of we de opleiding kunnen verrijken met deugdeethiek opdat we artsen toerusten om het ‘moral era’ te betreden. Deugdeethiek is ethiek die niet regel- of plichtgestuurd is maar zich richt op (de vorming van) positieve, duurzame persoonlijke eigenschappen (deugden). Deze benadering beziet professionele karaktervorming vanuit intrinsieke motivatie, het voortdurend willen leren en het beste uit zichzelf te halen (excelleren). Een eerste stap in dit project is onderzoeken wat er aan impliciete karaktervorming, danwel deugdontwikkeling zit in het huidige competentie-raamwerk (CanMEDS) wat landelijk wordt gehanteerd. Hierin worden de belangrijkste rollen en competenties voor een medisch specialist gearticuleerd. Men zou verwachten dat er ook een ethische competentie wordt gearticuleerd als onderdeel van medische professionaliteit, dit lijkt echter te ontbreken. Dit betekent niet dat er geen ethiek in dit model zit; de competenties worden als *essentieel* geacht voor een goede specialist, we *waarderen* ze. Met andere woorden, ethiek zit impliciet verpakt in dit competentie-raamwerk en is dat wel de goede ethiek? Bovendien lijken er tal van ‘deugden’ impliciet te worden vereist, maar zijn dit de deugden die we nodig achten?

Beschrijving van de interventie/innovatie

Kritische normatief-ethische analyse van kerndocumenten die ‘onderlegger’ vormen van opleiding tot medisch specialist (o.a. CanMEDS - KNMG 2009)

Ervaringen/analyse van de implementatie

Hypothese is dat ethische aandachtspunten, verweven in CanMEDS competenties, onvoldoende normatief-ethisch gerechtvaardigd zijn en daardoor mogelijk willekeurig. De ethische analyse zal de impliciete ethische dimensie articuleren alsmede de impliciet aanwezige deugden. Dit onderzoek zet eerste stap naar een evaluatie van (impliciete) karaktervorming in de opleiding tot medisch specialist.

Lessons learned (implicaties voor de praktijk)

Voor het opleiden van medische professionals is het van belang om de ethische dimensie te articuleren en deze niet impliciet - en daardoor wellicht ook onkritisch - te laten; op naar het moral era.

Referentie

1 Berwick, D. (2016) ‘Era 3 for Medicine and Health Care’, *JAMA*. Vol. 315, pp 1329-1330. Algemene Competenties Medisch Specialist (2009) KNMG. URL: <http://www.van-osch.com/knmgcanmeds.htm>, geraadpleegd 13 april 2019

Trefwoord: Research in medical education: Ethics, Medical education: Postgraduate education, Curriculum: Outcome/competency-based

Wijze van presentatie: Poster

Passende zorg in de zwangerschap: ontwikkeling van Blended Practice Communities ter bevordering van EBM-competenties van verloskundigen

M.J.C. Hendrix, A. Pouwels, P. Offerhaus
Zuyd Hogeschool

Context/probleemstelling of aanleiding

Uit een behoefteanalyse blijkt dat verloskundigen 'evidence-based' willen werken om een zo hoog mogelijke kwaliteit van zorg te kunnen leveren aan cliënten. Evidence-based handelen ondersteunt verloskundigen bij voorlichting en gezamenlijke besluitvorming, en bij het multidisciplinaire overleg met de tweede en derde lijn over lokale zorgafspraken. Verloskundigen ervaren belemmeringen bij het evidence-based handelen, zoals weinig ervaring met het verzamelen en interpreteren van beschikbare wetenschappelijke kennis en een tekort aan EBM-vaardigheden in het multidisciplinaire overleg over zorgafspraken en bij het afstemmen van de zorg op de zorgvraag van de individuele cliënten. Een projectgroep, bestaande uit studenten, docenten en onderzoekers van de Academie Verloskunde Maastricht en de Academie Verloskunde Amsterdam-Groningen, de beroepsorganisatie voor verloskundigen (KNOV) en verloskundigen uit het werkveld, ontwikkelde volgens de methode Rapid prototyping een onderwijsprogramma.

Beschrijving van de interventie/innovatie

De stapsgewijze ontwikkeling heeft geleid tot een onderwijsprogramma 'Blended Practice Community' (BPC) voor eerstelijns verloskundigen met als doel het verbeteren van inzicht, kennis, attitude en vaardigheden om EBM toe te passen in de individuele cliëntenzorg en in multidisciplinaire overleggen. De BPC bestaat uit 6-8 verloskundigen die samen drie bijeenkomsten (één face-to-face en twee online) bijwonen en een e-learning volgen. In elke BPC staat één onderwerp centraal, waarvoor een factsheet is ontwikkeld op basis van de meest recente evidence.

Ervaringen/analyse van de implementatie

De pilot bestaat uit twee rondes van ieder twee BPC. De eerste ronde vond plaats in februari-maart 2019 en bestond uit twee groepen van in totaal 13 verloskundigen. Vóór de start van de BPC vulden de deelnemers een vragenlijst in om het startniveau ten aanzien van de EBM-competenties te bepalen. Direct na de BPC vulden deelnemers wederom deze vragenlijst in, aangevuld met enkele aanvullende vragen over attitude ten aanzien van EBM en evaluatievragen over de BPC. In september-oktober 2019 volgt de tweede ronde BPC, waarin een ander verloskundig onderwerp centraal staat. De ontwikkeling van de BPC en de resultaten van de evaluatie worden tijdens het congres gepresenteerd.

Lessons learned (implicaties voor de praktijk)

De, met verloskundigen, ontwikkelde BPC komt tegemoet aan behoeften van verloskundigen. Ontwikkeling vraagt een stapsgewijze aanpak, waarin regelmatige feedback van verloskundigen centraal staat. Gezamenlijke ontwikkeling en samenwerking tussen verloskundige opleidingen en de beroepsorganisatie voor verloskundigen (KNOV) draagt bij aan de kwaliteit van de interventie, maar ook aan verdere implementatie.

Trefwoord: Learning outcomes: Life-long learning, Medical education: Postgraduate education, Teaching & learning: Blended learning

Wijze van presentatie: Poster

C19.2 / Exchange hall

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

S.B.R. Mordang¹, K.D. Könings¹, A.N. Leep Hunderfund², A.T.G. Paulus¹, F.W.J.M. Smeenk³, L.P.S. Stassen⁴

¹Universiteit Maastricht, ³Catharina Ziekenhuis, ⁴MUMC+

Context/probleemstelling of aanleiding

Doelmatigheid is cruciaal om een 'gezonde' balans tussen kosten en kwaliteit van zorg te garanderen. Daarom moet het thema doelmatigheid van zorg ingebed worden in de dagelijkse klinische praktijk en dus ook in 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 betrouwbare 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 Hunderfund¹. Deze initiële vragenlijst bevatte 21 items aangaande kostenbewustzijn, met een 4-punts Likert scale (1=helemaal niet mee eens, 4=helemaal mee eens). De vragenlijst is vertaald naar het Nederlands en uitgebreid met negen items met een focus op kwaliteit van zorg. De vragenlijst is ingevuld door 301 aios, 297 supervisors, 53 managers en 521 patiënten in Nederland. Om subschalen te definiëren zijn explorerende factor analyses (PCA) uitgevoerd op deze Nederlandse dataset, apart voor alle stakeholders. Interne consistentie van iedere subschaal werd berekend via Cronbach's alpha².

Ervaringen/analyse van de implementatie

De resultaten van de factor analyses toonden, op basis van scree-plots, een drie factor-structuur voor 25 attitude-items. Drie factoren waren: vooroplopen in het geven van hoogwaardige zorg (8 items; $\alpha_{aios}=0,65$; $\alpha_{supervisors}=0,61$; $\alpha_{managers}=0,77$; $\alpha_{patiënten}=0,67$); integreren van kosten in klinisch handelen (10 items; $\alpha_{aios}=0,71$; $\alpha_{supervisors}=0,69$; $\alpha_{managers}=0,74$; $\alpha_{patiënten}=0,80$); negatieve consequenties van doelmatige zorg (7 items; $\alpha_{aios}=0,67$; $\alpha_{supervisors}=0,70$; $\alpha_{managers}=0,79$; $\alpha_{patiënten}=0,82$). Generalizability analyses toonden aan dat een betrouwbare landelijke attitude score per specialisme bereikt kan worden vanaf 14 respondenten (G -coëfficiënt $>0,6$).

Lessons learned (implicaties voor de praktijk)

Deze nieuwe Nederlandstalige vragenlijst MADV met drie subschalen kan worden gebruikt om attitudes van aios, supervisors, managers en patiënten aangaande doelmatigheid te meten. Hiermee kan de trainingscontext van aios in kaart gebracht worden. De MDAV kan aandachtspunten signaleren om doelmatigheid in de opleiding meer prioriteit te geven, frontrunners identificeren die kunnen helpen doelmatigheid hoger op de agenda te plaatsen, en verschillen in attitudes tussen afdelingen, specialismen en ziekenhuizen zichtbaar maken.

Referentie

1 Leep Hunderfund, A. N., Dyrbye, L. N., Starr, S. R., Mandrekar, J., Naessens, J. M., Tilburt, J. C., & Goold, S. D. (2016). Role modeling and regional health care intensity: US medical student attitudes toward and experiences with cost-conscious care. *Academic Medicine*, 92, 694-702.
Field, A. (2013). *Discovering statistics using IBM SPSS statistics*. sage.

Trefwoord: Learning outcomes: Professionalism / attitude / ethics, Medical education: Postgraduate education

Wijze van presentatie: Poster

Een inventarisatie van attitudes ten opzichte van doelmatigheid en kostenbewustzijn: een spanningsveld in de leeromgeving van AIOS

S.B.R. Mordang¹, K.D. Könings¹, A.N. Leep Hunderfund², F.W.J.M. Smeenk³, L.P.S. Stassen⁴

¹Universiteit Maastricht, ³Catharina ziekenhuis, ⁴MUMC+,

Probleemstelling

Aios moeten getraind worden in het leveren van doelmatige zorg om in de toekomst hoogwaardige zorg te bevorderen en zorgkosten te kunnen beheersen. Het gedrag van aios wordt beïnvloed door hun eigen attitudes, maar ook de attitudes van belangrijke actoren in hun leeromgeving spelen een prominente rol¹. Voor het verbeteren van de opleiding in het leveren van doelmatige zorg is het daarom belangrijk om zicht te krijgen op hun eigen attitudes en die van supervisors, managers en patiënten en welke variabelen hierop van invloed zijn. Daarnaast is van belang hoe aios de attitudes van deze actoren percipiëren.

Methode

De Maastricht Doelmatigheid Attitude Vragenlijst (MDAV) is ingevuld door aios (N=312), supervisors (N=305), managers (N=53) en patiënten (N=1049), afkomstig uit 66 ziekenhuizen verspreid over Nederland. De MDAV bestaat uit drie subschalen: (1) hoogwaardige zorg, (2) integratie van kosten, (3) waargenomen negatieve consequenties. Aanvullend vulden alle respondenten enkele vragen in over verschillende achtergrond variabelen, zoals o.a. leeftijd, geslacht en opleidingsregio. Verder beantwoordden aios items over hoe zij dachten dat hun supervisors, managers en patiënten zouden scoren op deze schalen. Data zijn geanalyseerd met multilevel ANOVA en multilevel lineaire regressies.

Resultaten (en conclusie)

Supervisors en managers vonden meer dat artsen kosten moeten integreren in de dagelijkse klinische praktijk dan aios (respectievelijk $p=.020$; $p=.042$) en patiënten (respectievelijk $p<.001$; $p=.008$). Patiënten waren er meer van overtuigd dat er negatieve consequenties zijn van doelmatige zorg dan aios ($p=.017$), die hiervan op hun beurt meer van overtuigd waren dan supervisors ($p=.001$) en managers ($p=.012$). De opleidingsplaats van aios beïnvloedde in hoeverre aios het ermee eens zijn dat artsen voorop zouden moeten lopen in het geven van hoogwaardige zorg ($p=.013$) en dat artsen kosten moeten integreren ($p=.027$). Hoe ouder de stafleden, hoe meer ze het ermee eens zijn dat artsen kosten moeten integreren ($p=.009$) en hoe minder negatieve consequenties ze zien van doelmatige zorg ($p=.004$). Hoe beter de patiënten hun eigen gezondheid beoordelen, hoe positiever hun attitudes op alle schalen ($p=.002$; $p=.001$; $p<.001$). Aios onderschatten de attitudes van hun stafleden ($p = <.001$) en overschatten de attitudes van hun patiënten ($p = <.001$).

Discussie

Stafleden en managers hebben de meest positieve doelmatigheidsattitudes en patiënten de meest negatieve. Dat aios hier tussenin zitten zou verklaard kunnen worden door het spanningsveld en onzekerheid van het omgaan met patiënten enerzijds en anderzijds moeten voldoen aan de verwachtingen van stafleden en managers. Positievare attitudes van oudere stafleden zou te maken kunnen hebben met hun opgebouwde ervaring en routine, terwijl artsen met minder ervaring mogelijk meer gericht zijn op het bieden van medisch-inhoudelijke goede zorg. Patiënten die hun eigen gezondheid laag inschatten en dus negatievere attitudes hebben, zouden mogelijk veel aandacht en zorg kunnen eisen van aios. Supervisors staan positiever tegenover doelmatigheid dan aios denken; dit suggereert dat supervisors niet herkenbaar genoeg aandacht besteden aan doelmatigheid in de dagelijkse praktijk. Supervisors zouden hen hierbij kunnen helpen door hun eigen attitudes sterker naar voren te brengen.

Referenties

Armitage CJ, Conner M. (2001). Efficacy of the Theory of Planned Behaviour: A meta-analytic review. *British Journal of Social Psychology*, 40, 471-499.

Leep Hunderfund, A. N., et al. (2016). Role modeling and regional health care intensity: US medical student attitudes toward and experiences with cost-conscious care. *Academic Medicine*, 92, 694-702.

Trefwoord: Medical education: Postgraduate education, Learning outcomes: Professionalism / attitude / ethics

Wijze van presentatie: Poster

C19.4 / Exchange hall

Een eerste evaluatie van het EPA gericht opleiden onder AIOS kindergeneeskunde

M.P. Smit¹, M. de Hoog², A.A.E.M. van der Velden³, R.J.B.J. Gemke⁴

¹Erasmus MC, ²Erasmus MC-Sophia kinderziekenhuis, ³Radboudumc, ⁴Amsterdam UMC, Loc VUmc

Context/probleemstelling of aanleiding

In 2017 is het vernieuwde opleidingsplan *Toekomstbestendige Opleiding Pediatrie 2020* (TOP2020) nationaal geïmplementeerd. Een belangrijke pijler is het streven naar gefaseerde verantwoordelijkheid voor de AIOS. Om dit te bereiken zijn negen Entrustable Professional Activities (EPAs) geformuleerd. EPAs zijn omschreven professionele deelgebieden, die stafleden toevertrouwen aan een competente AIOS[1]. Het competentieniveau en afgeven van een EPA wordt bepaald tijdens de *Oordeel OpleidingsGroep (OOG)* -bespreking en teruggekoppeld aan de AIOS. Beoordelingen en reflectieverslagen zijn hierbij ondersteunend[2]. Het doel van dit onderzoek was om de eerste ervaringen met het EPA-gericht opleiden te evalueren.

Beschrijving van de interventie/innovatie

In 2018 werden 240 AIOS kindergeneeskunde opgeleid volgens TOP2020. Voorafgaande aan de landelijke themadag van de AIOS, werd bij de aanwezigen een online inventariserende vragenlijst afgenomen. De vragen bestonden uit meerkeuzevragen of uit vragen die beantwoord konden worden met een Likertschaal van 0 (helemaal niet) tot en met 5 (helemaal).

Ervaringen/analyse van de implementatie

Totaal hebben 112 TOP2020-AIOS de gehele of gedeeltelijke vragenlijst ingevuld. 35% van de AIOS is nog in de beginfase van de opleiding en heeft nog geen EPA behaald, 63% heeft 1 of meerdere EPAs behaald (n=78). EPAs worden binnen de opleiding tot kinderarts gezien als toegevoegde waarde (gemiddeld 3.11, SD 1.13, n=89). AIOS weten aan welke voorwaarden voldaan moet zijn voordat een EPA kan worden behaald (gemiddeld 3.65, SD 1.03, n=90). Na het behalen van een EPA neemt de mate van supervisie maar weinig af (gemiddeld 2.55, SD 0.98, n=86). Indien een AIOS van afdeling wisselt binnen hetzelfde ziekenhuis helpen EPAs niet bij het bepalen van het supervisieniveau (gemiddeld 2.46, SD 0.94, n=87). Hetzelfde geldt voor het bepalen van het supervisieniveau wanneer de AIOS van ziekenhuis wisselt (gemiddeld 2.42, SD 1.08, n=84). Na een OOG-bespreking ontvangt 56% van de AIOS voldoende onderbouwde feedback (n=112).

Lessons learned (implicaties voor de praktijk)

Een jaar na implementatie blijkt de EPA gerichte kindergeneeskunde opleiding over het algemeen positief te worden ontvangen door AIOS. De consequenties na het behalen van een EPA zijn nog beperkt. Wenselijk zou zijn dat de AIOS na het behalen van een EPA zonder directe supervisie functioneert en zelf bepaalt wanneer supervisie gewenst is. Tevens moet de overdraagbaarheid van een EPA binnen afdelingen en tussen ziekenhuizen worden geoptimaliseerd. De terugkoppeling van de OOG-bespreking wordt door de meerderheid als voldoende onderbouwend ervaren. Of de stapsgewijze bekwaamverklaringen met EPAs leidt tot een gefaseerde overgang in verantwoordelijkheid van AIOS naar kinderarts zal toekomstig onderzoek moeten aantonen.

Referenties

- 1 Ten Cate O, Chen HC, Hoff RG, Peters H, Bok H, van der Schaaf M: Curriculum development for the workplace using entrustable professional activities (EPAs): AMEE guide no. 99. *Medical teacher* 2015, 37(11):983-1002.
- 2 Training Optimaization Postgraduate Pediatrics: TOP2020 [<https://www.nvk.nl/Opleiding/Opleiding-tot-algemeen-kinderarts/TOP-2020>]

Trefwoord: Medical education: Postgraduate education

Wijze van presentatie: Poster

E. Tanck, N.M.T. Sampers, Y. Leenderts, P.M. van Son, M. Jacobs, A. Scharstuhl, P.J.M. van Gorp
Radboudumc

Context/probleemstelling of aanleiding

Na een vergaande curriculumherziening Geneeskunde en Biomedische wetenschappen is het essentieel om de uitwerking daarvan op de onderwijskwaliteit te evalueren. Studenten spelen een belangrijke rol in het evaluatieproces door het geven van goede feedback. In deze studie beschrijven we een nieuwe evaluatieprocedure die voor 1200 studenten als leeractiviteit werd ingebed in de leerlijn professionaliteit, waarin het respectvol geven van je mening en feedback leerdoelen zijn.

Beschrijving van de interventie/innovatie

Tijdens groepsbijeenkomsten (negen studenten met docent) in de leerlijn professionaliteit vulden studenten op digitale wijze vijf gesloten vragen en één open vraag in over een bepaald onderdeel van het bachelorcurriculum. De feedback op de open vraag werd na een groepsdiscussie gezamenlijk geformuleerd en bevatte suggesties voor verbeteringen. De gegevens van alle groepsbijeenkomsten werden verwerkt in een rapport voor de coördinator van het betreffende curriculumonderdeel. Vervolgens schreef de coördinator een terugkoppeling aan de studenten met concrete punten waarmee hij/zij aan de slag gaat. Na een aantal evaluatiecycli hebben we deze nieuwe evaluatieprocedure geëvalueerd, door middel van een vragenlijst onder studenten en docenten, en geoptimaliseerd.

Ervaringen/analyse van de implementatie

In 2017-2018 zijn 12 evaluatiecycli met gesloten feedbackloop afgerond; de belangrijkste onderdelen van het bachelorcurriculum kwamen aan bod. De gemiddelde participatie van de groepen was 53% (range 36%-74%). Studenten gaven aan dat het leerzaam was om narratieve feedback te formuleren en dat ze het geven van feedback aan de coördinatoren belangrijk vonden. De coördinatoren ervoeren de feedback als waardevol en waren gemotiveerd om studenten terugkoppeling te geven en om acties te implementeren, zoals het aanpassen van roosters en inhoud van het onderwijs. De evaluatieprocedure werd geoptimaliseerd door 1) het doel van de leeractiviteit expliciet te communiceren met de studenten en docenten; 2) de evaluaties en feedback structureel op de agenda te zetten van de groepsbijeenkomsten in de lijn professionaliteit; 3) een gemakkelijk vindbare locatie te creëren in de digitale leeromgeving voor de hele evaluatiecyclus.

Lessons learned (implicaties voor de praktijk)

Het combineren van een leeractiviteit met een voor de organisatie belangrijke evaluatie is succesvol en leidt tot een hoge respons. De nieuwe evaluatieprocedure heeft voordelen voor zowel de coördinatoren als de studenten: 1) de student oefent in de praktijk met zijn peers de vaardigheid hoe je op een constructieve manier feedback geeft; 2) de student ervaart -door de terugkoppeling- meerwaarde van het geven van feedback; 3) de coördinatoren ontvangen waardevolle feedback waar ze mee aan de slag kunnen.

Trefwoord: Curriculum: Evaluation of curriculum

Wijze van presentatie: Poster

C.J. Vreugdenhil

Amsterdam UMC loc. VUmc

Context/probleemstelling of aanleiding

Het klinisch redeneren voor verpleegkundigen wordt complexer voor patiënten met multi-problematiek, tijdens kortere en ongeplande opnames die vragen om persoonlijke en veilige zorg. Voor verpleegkundestudenten is klinisch redeneren lastig om vaardig in te worden. Aan –het –bed impliceert redeneren omgaan met onduidelijke, ongeorganiseerde en ontbrekende data onder tijdsdruk. Tijdens praktijkstages wordt veel aandacht besteed aan klinisch redeneren door werkbegeleiders. Ondanks al het onderzoek op het gebied van klinisch redeneren leren is er nog steeds weinig inzicht over de begeleidingsprincipes in de praktijk. Er is o.a. gezocht naar verschillen tussen experts, bekwame professionals en novices. In geneeskunde onderwijs worden de verschillen verklaard met de Illness script theory [1]. Experts hebben kennis en praktijkervaring opgeslagen in het geheugen in scripts die gemakkelijk op te roepen zijn. Deze scripts bestaan uit Enabling conditions (epidemiologische factoren), Consequences (klachten en symptomen) en Fault (pathofysiologisch proces).

Het doel van dit onderzoek is om de constructie van scripts in de ontwikkeling van de verpleegkundige expertise te verkennen; zijn de scripts van verpleegkundigen vergelijkbaar met illness scripts en zijn verschillen tussen studenten, bekwame en expert verpleegkundigen aan te tonen? De uitkomsten zouden gebruikt kunnen worden om werkbegeleiding verder te ontwikkelen.

Beschrijving van de interventie/innovatie

In het ziekenhuis werken gespecialiseerde verpleegkundigen met een aanvullende opleiding (experts), verpleegkundigen (bekwaam) en verpleegkundestudenten (novice). Participanten van deze 3 groepen worden in individuele sessies gevraagd om over 20 patiëntproblemen hardop alles te vertellen wat ze over het probleem weten. De getranscribeerde think-aloud protocollen worden kwalitatief en kwantitatief geanalyseerd. Omdat we de Illness script theorie willen toetsen en mogelijk uitbreiden voor verpleegkundigen is voor de benadering van kwalitatieve deductieve content analyse gekozen. Hierbij worden de data gecategoriseerd naar de 3 Illness script componenten, of meerdere componenten als de data daartoe aanleiding geven. De gecategoriseerde data worden vervolgens kwantitatief geanalyseerd door de verschillen tussen novice, bekwame en expert verpleegkundigen statistisch te testen [2].

Ervaringen/analyse van de implementatie

Op dit moment wordt het onderzoek voorbereid voor toestemmingsaanvraag bij VUmc en NVMO.

Lessons learned (implicaties voor de praktijk)

Op het NVMO congres in november 2019 zullen de dataverzameling en de kwalitatieve en kwantitatieve analyses afgerond zijn. Deze resultaten worden gepresenteerd en bediscussieerd.

Referentie

1 Custers, E.J.F.M., Thirty years of illness scripts: Theoretical origins and practical applications. *Med Teach*, 2015. **37**(5): p. 457-62. Strasser, J. and H. Gruber, Learning processes in the professional development of mental health counselors: knowledge restructuring and illness script formation. *Adv Health Sci Educ Theory Pract*, 2015. **20**(2): p. 515-30.

Trefwoord: Research in medical education: All, Teaching & learning: Clinical context

Wijze van presentatie: Poster

VRIJDAG 22 NOVEMBER 2019

07.30-09.15 ONTVANGST MET KOFFIE EN THEE

08.00-09.00 Algemene ledenvergadering NVMO / Penn room I

09.30-10.15 **Plenair / Rotterdam Hal**

09.30-10.15 **Hoofdlezing**

Teaching for Social Justice: Privilege, Power and voice

Ayelet Kuper, Scientist and Associate Director at the Wilson Centre for Research in Education, University Health Network/University of Toronto, Canada

Being health professionals and/or health professions educators means that we all either have or will soon have at least some degree of privilege and power – even if some of us started out with very little – because of our professional or academic designations and the respect and income that accompany them. Contemporary social accountability frameworks make clear that with ‘great power comes great responsibility’. So does the privilege that comes with being health professionals mean that health professionals have a responsibility to use that power for good? And if it does, how do we do that in ways that make space for less privileged voices rather than simply setting the agenda ourselves?

10.15-10.45 WISSELPAUZE MET KOFFIE EN THEE

10.45-12.00 **Blok D**

Uitgeverij Koninklijke van Grocum

Thema

Interculturele communicatie voor zorgprofessionals

Doel

- Bewustwording van het belang van interculturele sensitiviteit voor de zorgprofessional-patiënt relatie
- Inzicht krijgen in factoren die een ruis in interculturele communicatie kunnen veroorzaken
- Inzicht krijgen in modellen over interculturele competentieontwikkeling, relevant voor de opleiding van artsen en andere zorgprofessionals
- kennismaking met verschillende tools die ingezet kunnen worden bij interculturele communicatie in medisch onderwijs/opleiding van aios

Doelgroep

Docenten, AIOS, opleiders van medische-, paramedische- en specialistische opleidingen

Opzet: activiteiten en opbrengst

Activiteit:	Opbrengst:
Introductie en onderbouwing van workshop en kennismakingsoefening	<ul style="list-style-type: none">• Belang van interculturele sensitiviteit in de zorg zien• Bewustwording culturele verschillen• Veilig leerklimaat creëren
Korte presentatie over het ontwikkelen van interculturele sensitiviteit en tools hierbij.	Deelnemers maken kennis met modellen die ingezet kunnen worden bij het ontwikkelen van interculturele competentie
'Topoi' model wordt uitgelegd en in kleine groepjes toegepast op een casus met hulp van de trainers. Plenair nabespreken.	Deelnemers krijgen inzicht in aspecten die meespelen in interculturele miscommunicatie en handvatten ter verbetering.
Korte presentatie door moderators.	Inzicht in succesvoorwaarden voor implementatie van interculturele communicatietraining in het curriculum, en kennis van beschikbare tools.
D.m.v. vragen wordt op een interactieve manier toepasbaarheid van workshop met deelnemers besproken	Inzicht krijgen in effectiviteit van deze workshop en de opbrengst voor deelnemers

Referentie

1 Nunez-Mahdi, Obihara, Maarse, Nunez, Hagenbeek (2019). Interculturele Communicatie in de Zorg: kennis, vaardigheden en houding voor zorgprofessionals. ISBN 97890223256359.

Max aantal deelnemers: 30

Wijze van presentatie: Workshop

Krijgen coassistenten de feedback die zij verdienen?

M.C.E. van Ruissen, A. Jonker
De Geneeskundestudent

Thema

Kwaliteit van de beoordelingen voor coassistenten. Is de feedback die coassistenten ontvangen adequaat genoeg voor de persoonlijke ontwikkeling tot een goede arts?

Doel

Het doel van deze rondetafelsessie is inzicht te krijgen in wat de meest voorkomende knelpunten zijn bij het geven van adequate feedback aan coassistenten. Dit willen wij bereiken middels discussie over en reflectie op het huidige beoordelingssysteem vanuit verschillende invalshoeken. Daarnaast willen wij duidelijkheid verschaffen over de manier waarop coassistenten de kwaliteit van hun beoordelingen ervaren.

Doelgroep

Studieadviseurs, opleidingscoördinatoren, opleiders, onderwijskundigen en studenten.

Opzet: activiteiten en opbrengst

Er zal gestart worden met een plenaire introductie van het onderwerp aan de hand van de resultaten uit de jaarlijkse enquête van De Geneeskundestudent, aangevuld met relevante literatuur. Vervolgens zal met behulp van een aantal inleidende stellingen (bijvoorbeeld: 'Beoordelingen van coassistenten worden met name bepaald door de sociale omgang en persoonlijke band met een beoordelaar.') een discussie opgestart worden. Hierna zal in kleinere groepen verder gediscussieerd worden over verschillende verdiepende stellingen (bijvoorbeeld: 'Er moet een norm vastgesteld worden voor het minimum aantal dagen dat een arts een coassistent ziet alvorens deze een coassistent kan beoordelen'). Daarna zullen de uitkomsten van deze discussies plenair worden teruggekoppeld, om ten slotte te eindigen met een discussie over de belangrijkste punten die uit de groepen naar voren zijn gekomen.

Met deze rondetafelsessie wordt getracht duidelijkheid te verschaffen over de huidige staat van de beoordelingen voor coassistenten. Daarnaast is het de bedoeling om gezamenlijk na te denken over welke handvatten beoordelaars nodig hebben om positieve vooruitgang te boeken in de vaardigheid om feedback te geven aan coassistenten. Alle verzamelde input zal worden samengevat in een overzichtelijk document dat beschikbaar komt voor alle deelnemers.

Referenties

- 1 Buiten, M., Walhout, R. & Heeren, M., Beoordeling van coassistenten in de kliniek: nog altijd ruimte ter verbetering, Tijdschrift voor Medisch Onderwijs (2010) 29: 229. <https://doi.org/10.1007/BF03089078>
- 2 Laan, R., Leunissen, R. & van Herwaarden, C., The 2009 framework for undergraduate medical education in the Netherlands, TS medisch onderwijs (2010) 29: 10. <https://doi.org/10.1007/s12507-010-0003-7>
- 3 van Ruissen, M.C.E. & Jonker, A., Onderzoeksrapport 2019: Feedback en beoordelingen voor coassistenten, in bewerking.

Max aantal deelnemers: 50

Trefwoord: Learning outcomes: Professionalism / attitude / ethics, Medical education: Undergraduate education, Teachers/Trainers: Roles of the teacher

Wijze van presentatie: Rondetafel sessie

Werken aan een cultuur voor continue kwaliteitsverbetering van medisch onderwijs

G.W.G. Bendermacher, W. de Grave, I. Wolfhagen, D. Dolmans, M. Oude Egbrink
Universiteit Maastricht

Probleemstelling

Het ontwikkelen van een strategie gericht op continue kwaliteitsverbetering is van cruciaal belang voor medische faculteiten. Dit vanwege de noodzaak om in te spelen op een veranderende maatschappelijke context, vooruitgang in evidence-based geneeskunde en een toenemende aandacht voor efficiëntie en effectiviteit binnen het onderwijs. Bestaande benaderingen van kwaliteitsmanagement kennen echter een aantal beperkingen. Zo staat het meten en beoordelen van onderwijskwaliteit op gespannen voet met de professionele autonomie van academici, bemoeilijken (hiërarchische) organisatiestructuren samenwerking en zijn verbetermogelijkheden afhankelijk van beschikbare middelen. Consensus dat er naast kwaliteitsmanagement aandacht nodig is voor werk-gerelateerde psychologische attitudes die onderwijskwaliteit bevorderen (i.e. eigenaarschap, commitment en empowerment) wordt geëxpliciteerd in het begrip 'kwaliteitscultuur'.¹ Eerdere studies hebben bijgedragen aan een betere definitie van dit begrip en hebben organisatieculturen van onderwijsinstellingen in kaart gebracht. Er is echter nog geen empirisch onderzoek gedaan naar de wijze waarop er in de praktijk gestalte kan worden gegeven aan een kwaliteitscultuur. In deze studie stond de volgende vraag centraal: hoe dragen karakteristieken van een kwaliteitscultuur bij aan de continue verbetering van het medisch onderwijs?

Methode

Voor het onderzoek hielden we focusgroepen met opleidingscommissies (adviescommissies op het gebied van onderwijskwaliteit bestaande uit student- en stafvertegenwoordigers) gelieerd aan de Nederlandse geneeskundeopleidingen. Zes van de acht opleidingscommissies namen deel (in totaal zijn gesprekken gevoerd met 22 stafleden en 18 studenten). De focusgroepgids was opgesteld aan de hand van fasen uit de Plan-Do-Check-Act cyclus voor continue kwaliteitsverbetering. We gebruikten template analyse ten behoeve van de stapsgewijze thematische analysemethode. Hierbij zijn we zowel deductief als inductief te werk gegaan. We relateerden de theoretische benaderingen voor kwaliteitsmanagement en het creëren van een kwaliteitscultuur aan onderwijsontwikkeling, uitvoering, evaluatie en verdere verbetering.

Resultaten (en conclusie)

De volgende vijf thema's zijn geïdentificeerd als kenmerken van een kwaliteitscultuur die bijdragen aan continue onderwijsverbetering: 1) het stimuleren van een open systeem perspectief, gekenmerkt door externe oriëntatie, alignment en ruimte om te experimenteren, 2) het betrekken van stakeholders bij (door)ontwikkeling van onderwijs, om zo te komen tot gedeelde doelstellingen, steun voor veranderingen en een balans tussen bottom-up en top-down verbeterinitiatieven, 3) het vergroten van aandacht voor – en waardering van – onderwijs, dat een positieve impact heeft op commitment van stafleden, 4) het navigeren tussen eigenaarschap en verantwoording, met een focus op professionele autonomie en het geven van constructieve feedback, 5) het inzetten op integratief leiderschap om spanningen in de vier eerdergenoemde thema's te adresseren. De studieresultaten bieden nieuwe inzichten in de relatie tussen de theorie en praktijk van continue kwaliteitsverbetering: er is een ontwikkeling nodig van statische, conservatieve benaderingen van kwaliteitszorg naar meer flexibele, ontwikkelgerichte benaderingen.

Discussie

De resultaten van deze studie sluiten aan bij recent onderzoek (door hetzelfde onderzoeksteam) waarin werd aangetoond dat kwaliteitsbeleid meer in balans dient te worden gebracht met aandacht voor stafmoraal, betrokkenheid en ontwikkeling. Ook in de voorliggende studie komt naar voren dat collectief/mensgerichte en innovatief/extern gerichte waarden het werken aan continue kwaliteitsverbetering bevorderen. Naast initiatieven gericht op het vergroten van erkenning en waardering van stafleden die begaan zijn met onderwijskwaliteit speelt het initiëren van communities of practice in op de vraag naar mogelijkheden om onderwijsideeën uit te wisselen, te leren van rolmodellen en een ondersteunend docentennetwerk te creëren.²

Referenties

- 1 Bendermacher GWG, oude Egbrink MGA, Wolfhagen IHAP, Dolmans DHJM. Unravelling quality culture in higher education: A realist review. High Educ. 2017;73:39–
- 2 Steinert Y, O'Sullivan PS, Irby DM. Strengthening teachers' professional identities through faculty development. Acad Med. 2019; Volume publish ahead of print.

Trefwoord: Education management: Quality Assurance

Wijze van presentatie: Onderzoekspaper

D3.2 / Diamond room I

Vergelijking van de beoordeling van het leerklimaat door zittende en vertrekkende aios: rol van sociale wenselijkheidsbias bij de kwaliteitscyclus van de medische vervolgoopleidingen

P.L.P. Brand¹, H.J. Rosingh¹, M.C.M. Meijssen¹, I.M. Nijholt¹, S. Dünwald², J. Prins², J. Schönrock-Adema³

¹Isala,²Medisch Centrum Leeuwarden,³UMC Groningen

Probleemstelling

De leeromgeving van een medisch-specialistische vervolgoopleiding is cruciaal voor een kwalitatief hoogstaande opleiding. Een goed leerklimaat draagt bij aan het welzijn van aios en aan een betere voorbereiding op de taken die aios na afronding van hun opleiding vervullen. Bij de kwaliteitsbewaking van medische vervolgoopleidingen spelen vragenlijsten die door de aios worden ingevuld over bijvoorbeeld de leeromgeving dan ook een centrale rol. (1) Echter, mogelijk vullen aios dergelijke vragenlijsten – vanwege hun afhankelijkheid van de opleider voor hun beoordeling en voortgang – positiever in dan diegenen die niet langer in een afhankelijke positie verkeren, zoals aios die (het deel van) hun opleiding in het betreffende ziekenhuis hebben afgerond. Wij vergeleken de scores op de Opleidingsthermometer (SPEED)(2) tussen zittende aios (die nog bezig zijn met hun opleiding op de afdeling) en vertrekkende aios (die hun opleiding(sdeel) op de betreffende afdeling afgerond hebben).

Methode

Gedurende een jaar werd in twee algemene opleidingsziekenhuizen in de OOR Noordoost (Isala Zwolle en het Medisch Centrum Leeuwarden) de SPEED aan alle zittende en vertrekkende aios en anios voorgelegd. Wij vergeleken de rapportcijfers (van 0 tot 10) die de a(n)ios gaven aan de domeinen *inhoud*, *sfeer* en *organisatie* van de opleiding, en het gemiddelde van deze drie rapportcijfers (overall SPEED-score) tussen de zittende en de vertrekkende aios met t-tests en met Bland-Altmananalyse.

Resultaten (en conclusie)

De gemiddelde (SD) overall SPEED-scores waren 8,00 (0,52) bij de 287 zittende aios in 39 opleidingen in de twee ziekenhuizen en 8,07 (0,48) bij de 170 vertrekkende aios uit 39 opleidingen. Wij vonden geen statistisch significante verschillen tussen de overall SPEED scores of de SPEED domeinscores van zittende en vertrekkende aios (alle p-waarden > 0,5). Bland-Altmananalyse toonde goede overeenkomst tussen de overall SPEED-scores van zittende en vertrekkende aios (gemiddelde verschil 0,07, overeenkomstgrenzen (*limits of agreement*) van – 0,87 tot 1,03 (hetgeen betekent dat op 95% van de afdelingen het verschil in de gemiddelde overall SPEED-score tussen zittende en vertrekkende aios varieert van -0,87 tot 1,03 punten), geen correlatie tussen gemiddelde en verschil van overall SPEED-scores tussen vertrekkende en zittende aios, p=0,56). Vertrekkende aios gaven hun opleiding dus geen kritischer evaluatie dan zittende aios.

Discussie

Wij vonden geen aanwijzingen dat sociale wenselijkheidsbias de invulling van de SPEED door zittende aios beïnvloedt. Hoewel andere vormen van bias (zoals het *rosy recollection* effect, waardoor mensen na afloop van een periode tevredener terugkijken op de periode dan hoe ze deze beleefden tijdens de periode) niet uitgesloten zijn suggereren onze resultaten dat het opleidingsklimaat in de beide ziekenhuizen een eerlijke invulling van de SPEED niet in de weg staat. Onze resultaten ondersteunen de validiteit van de SPEED als een beknopt instrument om de kwaliteit van de leeromgeving herhaaldelijk te meten in de context van de kwaliteitscyclus van de medische vervolgoopleidingen.

Referenties

- 1 Brand PLP, Jaarsma ADC, Schonrock-Adema J. Meten van de kwaliteit van de medische leeromgeving. Vergelijking van 2 gevalideerde Nederlandse vragenlijsten. Ned Tijdschr Geneeskd 2017;161:D817.
- 2 Schonrock-Adema J, Visscher M, Raat AN, Brand PLP. Development and Validation of the Scan of Postgraduate Educational Environment Domains (SPEED): A Brief Instrument to Assess the Educational Environment in Postgraduate Medical Education. PLoS One 2015;10:e0137872.

Trefwoord: Curriculum: Education environment, Medical education: Postgraduate education, Teachers/Trainers: Teacher evaluation

Wijze van presentatie: Onderzoekspaper

D3.3 / Diamond room I

Team Up! De relatie tussen de samenwerkingskwaliteit van opleidersgroepen en het opleidingsklimaat binnen medische vervolgoepleidingen

I. Jansen¹, M.E.W.M. Silkens¹, R.E. Stalmeijer², M.J.M.H. Lombarts¹

¹Amsterdam UMC loc. AMC, ²Universiteit Maastricht

Probleemstelling

Een ondersteunend opleidingsklimaat draagt bij aan de professionele ontwikkeling van arts-assistenten (aios) en is daarmee een cruciaal onderdeel van kwalitatief goede medische vervolgoepleidingen. Binnen deze vervolgoepleidingen dragen opleiders gezamenlijk - als lid van een opleidersgroep - verantwoordelijkheid voor het opleiden van aios en daarmee voor het waarborgen van een ondersteunend opleidingsklimaat. Onderzoek wijst naar het belang van de manier waarop opleidersgroepen samenwerken om deze doelen te bereiken. Echter, wetenschappelijk bewijs voor de relatie tussen de samenwerkingskwaliteit van opleidersgroepen en het opleidingsklimaat ontbreekt. Daarom stuurden deze vragen het onderzoek: In hoeverre is de samenwerkingskwaliteit van opleidersgroepen geassocieerd met (1) het opleidingsklimaat binnen medische vervolgoepleidingen, en (2) haar affectieve, cognitieve en instrumentele facetten?

Methode

Aan de hand van een webbased systeem (Professional Performance Online) zijn evaluaties verzameld van opleiders en aios tussen januari 2014 en mei 2017. De samenwerkingskwaliteit van opleidersgroepen werd gemeten met de TeamQ vragenlijst¹. Het opleidingsklimaat van aios werd gemeten met de Dutch Residency Educational Climate Test (D-RECT)². Uit de D-RECT werd een algemene score voor opleidingsklimaat berekend en – gebaseerd op eerdere literatuur² – sub-scores voor de drie opleidingsklimaatfacetten bepaald: het affectieve, cognitieve en instrumentele facet. Associaties werden geanalyseerd met multilevel modellen en multivariate ‘General Linear Models’.

Resultaten (en conclusie)

In totaal participeerden 578 opleiders en 315 aios die samen 47 opleidingen vertegenwoordigden. De samenwerkingskwaliteit van opleidersgroepen was positief geassocieerd met het opleidingsklimaat ($b = 0.33$; 95% CI = 0.06 – 0.60), en meer specifiek met de affectieve ($b = 0.49$; 95% CI = 0.05 – 0.93) en instrumentele facetten ($b = 0.43$; 95% CI = 0.12 – 0.74). Met het cognitieve facet zijn geen significante associaties gevonden ($b = 0.35$; 95% CI = -0.07 – 0.77).

Concluderend lijkt een goede samenwerkingskwaliteit van opleidersgroepen het opleidingsklimaat in de medische vervolgoepleiding ten goede te komen. Deze relatie verschilt voor de facetten van het opleidingsklimaat.

Discussie

De positieve relatie tussen de samenwerkingskwaliteit van opleidersgroepen en het opleidingsklimaat is in lijn met studies die positieve uitkomsten laten zien bij goed samenwerkende teams (vb. minder patiënt complicaties).

Verder, draagt goede samenwerkingskwaliteit in het bijzonder bij aan een positief ervaren afdelingsfeer (affectieve facet). We veronderstellen dat goede afstemming binnen de opleidersgroep zorgt voor een positieve sfeer op de afdeling. Aangezien aios op dezelfde afdeling werken, ervaren zij ook deze sfeer. Daarnaast draagt goede samenwerkingskwaliteit bij aan positieve aios percepties omtrent de logistieke aspecten van de opleiding (instrumentele facet). Voorgaand onderzoek toonde dat opleidersgroepen voornamelijk de logistieke aspecten van de opleiding bespreken (vb. regels, planning). Dit zou ervoor kunnen zorgen dat verwachtingen voor aios duidelijk zijn, wat leidt tot positieve percepties over het opleidingsklimaat.

Tot slot vonden wij geen associatie met het cognitieve facet: de mate waarin volgens aios professionele reflectie wordt gestimuleerd. Wij speculeren in lijn met eerder onderzoek dat opleidersgroepen meer geneigd zijn zich te richten op role modelling dan onderwijsmethoden die reflectie stimuleren.

Dit onderzoek toont aan dat door samenwerkingskwaliteit binnen opleidersgroepen te stimuleren, het opleidingsklimaat geoptimaliseerd kan worden. Dit ‘teamperspectief’ resoneert met de ontwikkeling rondom een meer holistische benadering tot faculty development, waarbij optimalisatie van de kennis en vaardigheden van opleiders in gezamenlijkheid moet plaatsvinden.

Referenties

- 1 Slotweg IA, Lombarts KM, Boerebach BC, Heineman MJ, Scherpbier AJ, van der Vleuten CP. 2014. Development and validation of an instrument for measuring the quality of teamwork in teaching teams in postgraduate medical training (TeamQ). PLoS One. 9(11).
- 2 Silkens MEWM, Smirnova A, Stalmeijer RE, Arah OA, Scherpbier AJJA, Van der Vleuten CPM, Lombarts KMJMH. 2016. Revisiting the D-RECT tool: Validation of an instrument measuring residents' learning climate perceptions. Med Teach. 38(5):476-481.

Trefwoord: Curriculum: Education environment, Medical education: Postgraduate education, Teachers/Trainers: Faculty/Staff development

Wijze van presentatie: Onderzoekspaper

D3.4 / Diamond room I

De verhouding tussen supervisors en coassistenten: in hoeverre kunnen coassistenten open en eerlijk zijn tegen supervisors?

J.J.G. Salden

De Geneeskundestudent

Probleemstelling

Tijdens de coschappen ervaren veel coassistenten voor het eerst de hiërarchische cultuur die heerst in ziekenhuizen. Deze hiërarchische omgeving draagt mogelijk bij aan een angstcultuur waarbij coassistenten bang zijn om fouten te maken of toe te geven.¹ Een werkvloer waarbij incidenten of fouten niet worden gemeld draagt bij aan het ontstaan van onveilige patiënt situaties.¹ Tegelijkertijd is een open en veilig onderwijsklimaat, waarin fouten gemaakt mogen worden, belangrijk voor de kwaliteit van een opleiding.² Dit onderzoek beoogde daarom inzicht te krijgen in de mate van openheid onder coassistenten jegens supervisors en onderzocht verschillende factoren die hier invloed op uitoefenen.

Methode

In november 2018 werden 14733 geneeskundestudenten gevraagd deel te nemen aan de jaarlijkse enquête van De Geneeskundestudent. De vragenlijst werd volledig ingevuld door 1480 coassistenten. Door middel van vijf vragen onderzochten wij de mate waarin coassistenten hun supervisor durfden aan te spreken of vragen te stellen. Verder werd er gekeken naar de invloed van beoordelingen op openheid onder coassistenten.

Resultaten (en conclusie)

Minder dan de helft van alle coassistenten voelde zich gewaardeerd door artsen en arts-assistenten tijdens coschappen (41,0%). Het feit dat supervisors verantwoordelijk zijn voor het geven van eindbeoordelingen bleek een belangrijke factor in de verhouding tussen student-supervisor. Deze invloed op de eindbeoordeling zorgde ervoor dat 27,2% van de coassistenten zijn of haar fouten niet durft toe te geven aan supervisors. In het geval dat de supervisor zelf een fout beging, durfde drie op de vier coassistenten de supervisor hier niet op aan te spreken (74,0%). Tegelijkertijd leidde de kans op een negatieve beoordeling bij een kwart van de coassistenten (25,3%) tot belemmeringen om verhelderende vragen te stellen aan een de supervisor. Bij het ontvangen van een onrechtvaardige beoordeling, durfde 61,5% van de coassistenten niet tegen een supervisor in te gaan.

Discussie

Een aanzienlijk deel van de coassistenten durft niet of nauwelijks open te zijn tegen een supervisor. De angst voor een negatieve beoordeling blijkt hierin een obstakel te zijn. De hiërarchische verhouding tussen artsen en coassistenten zorgt ook voor minder openheid op de werkvloer. Daarom is het van belang dat er wordt nagedacht over een aanpassing van de huidige hiërarchische structuur in ziekenhuizen. Minder autoritair gedrag vanuit supervisors naar coassistenten kan de barrière om open en eerlijk te zijn voor een deel wegnemen. Een andere oplossing voor dit probleem kan worden gezocht in de wijze en het moment waarop een supervisor studenten beoordeelt. Gegeven de grote invloed van een mogelijk negatieve beoordeling op de openheid van coassistenten, dient er gekeken te worden naar een nieuwe manier van beoordelen. Doordat een supervisor verantwoordelijk is voor de beoordeling na een coschap, wordt de openheid van coassistenten naar supervisors belemmerd. Om deze reden zou er nagedacht moeten worden over een nieuwe wijze van beoordelen die de prestatiedruk kan verminderen. Verwacht wordt dat deze verandering zal leiden tot een bevordering van de leergierige en kritische houding bij coassistenten.

Referenties

- 1 Lange, J., Dekker-van Doorn, C., H.T.M. Haerkens, M. and Klein, J. (2011). Veiligheidscultuur in het ziekenhuis. Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde, [online] 155(A2253). Available at: <https://www.ntvg.nl/system/files/publications/a2253.pdf> [Accessed 16 Mar. 2019].
- 2 Kendall, M.L., Hesketh, E.A. en Macpherson, S.G. (2005), 'The learning environment for junior doctor training – what hinders, what helps', Medical Teacher, vol. 27, nr. 7 (p. 619-624).

Trefwoord: Teachers/Trainers: Roles of the teacher, Curriculum: Education environment, Learning outcomes: Communication skills

Wijze van presentatie: Onderzoekspaper

D4.1 / Diamond room II

Diversiteit en sociale inclusie onder geneeskundestudenten

J.W. Bruggeman
De Geneeskundestudent

Probleemstelling

Diversiteit in de studie geneeskunde is belangrijk vanwege morele overwegingen (streven naar gelijkwaardigheid) en functionele overwegingen (aansluiting met een diverse patiëntenpopulatie). Na de recentelijke afschaffing van de loting en de basisbeurs is de opleiding minder toegankelijk geworden, met een mogelijk effect op diversiteit als gevolg. Een verandering in diversiteit heeft ook gevolgen voor de mate waarin studenten zich thuis voelen op de opleiding (sociale inclusie), wat een bekende voorspeller is groeps kwaliteiten en individuele kwaliteiten (1). Het is daarom belangrijk om de diversiteit en sociale inclusie in kaart te brengen.

Methode

Er is een vragenlijst uitgezet onder geneeskundestudenten in Nederland tussen november 2018 en januari 2019, waarin een gevalideerde schaal is opgenomen waarmee de zelfwaargenomen inclusie gekwantificeerd wordt (*perceived group inclusion scale*) (2). Daarnaast zijn vragen gesteld ter inventarisering van diversiteitskenmerken, waarvoor zelfwaargenomen inclusie vervolgens gestratificeerd is. Deze kenmerken zijn verschillen in opleidingsniveau van de ouders, gender en migratieachtergrond. De enquête is ingevuld door 2.702 geneeskundestudenten.

Resultaten (en conclusie)

Er is geen verschil in percentage mannen, studenten met een migratieachtergrond en eerstegeneratiestudenten in jaar 1-3, ten opzichte van jaar 4-6 (i.e. respectievelijk na/voor afschaffing van de basisbeurs). Het aantal studenten met een migratieachtergrond verschilt echter wel *tussen* opleidingen. De inclusie is lager onder vrouwen dan mannen ($p < 0,001$). Ook voelen studenten met een migratieachtergrond van de 1^e generatie zich minder onderdeel van de groep dan studenten zonder migratieachtergrond ($p < 0,001$). Tenslotte rapporteren coassistenten dat ze minder goed zichzelf kunnen zijn dan studenten die geen coschappen lopen ($p < 0,001$).

Discussie

Uit de resultaten blijkt dat het afschaffen van de basisbeurs geen merkbaar effect heeft gehad op de diversiteit onder geneeskundestudenten, gemeten als verschillen in opleidingsniveau van de ouders, gender en migratieachtergrond. Hierbij gaan we er vanuit dat de respondenten representatief zijn voor alle geneeskundestudenten. Dit is mogelijk niet het geval in verband met een responsbias die van invloed is geweest op een deel van de resultaten. Qua inclusie blijkt dat mannelijke studenten beter geïnccludeerd zijn dan vrouwelijke studenten. Dit is opmerkelijk omdat mannen een minderheidsgroep vormen. Een belangrijke beperking van dit onderzoek is dat het effect van het afschaffen van de loting op de toegankelijkheid niet voldoende meetbaar was omdat universiteiten op verschillende momenten gestopt zijn met loten, en daar dus niet voor gecorrigeerd is. Wij hopen dat universiteiten deze uitkomsten gebruiken om de diversiteit en inclusie onder studenten te monitoren en, waar nodig, te bevorderen.

Referenties

- 1 Jansen WS, Vos MW, Otten S, Podsiadlowski A, van der Zee KI. Colorblind or colorful? How diversity approaches affect cultural majority and minority employees. *J Appl Soc Psychol.* 2016;46(2):81–93.
- 2 Jansen WS, Otten S, van der Zee KI, Jans L. Inclusion: Conceptualization and measurement. *Eur J Soc Psychol.* 2014;44(4):370–85.

Trefwoord: Students/Trainees: Health and welfare, Students/Trainees: Gender, Students/Trainees: Characteristics

Wijze van presentatie: Onderzoekspaper

L.M. Gennissen¹, K.M. Stegers-Jager¹, N.J.A. van Exel², C.R.M.G. Fluit³, J. de Graaf³, M. de Hoog¹
¹Erasmus MC,,³Radboudumc

Probleemstelling

Professionals, waaronder artsen, zijn de spil van het zorgstelsel. Een adequate en diverse samenstelling van artsen is noodzakelijk om in de maatschappelijke behoeften aan medisch specialisten te voorzien. Idealiter zouden studenten geneeskunde op een doelmatige manier zijn verdeeld over specialismen, zodat optimaal voorzien kan worden in de toekomstige zorgvraag vanuit de maatschappij. Echter, momenteel is er een problematische mismatch tussen de behoeften van de maatschappij en de voorkeuren van studenten geneeskunde voor medische vervolgopleidingen. Hoewel we kennis hebben van verschillende factoren die een rol spelen in dit keuzeprocess,1 is er nauwelijks inzicht hoe de verschillende factoren meewegen in de persoonlijke carrièrekeuze en hoe deze kunnen verschillen tussen personen. Inzicht in het carrièrekeuzeprocess van studenten is cruciaal als eerste stap om interventies in de mismatch te ontwikkelen. Deze studie kijkt naar patronen in het keuzeprocess van studenten om zo handvatten te bieden voor interventie.

Methode

De voorkeurspatronen van studenten in hun carrièrekeuze zijn onderzocht met gebruik van Q-methodologie.2 Deze methode maakt het mogelijk om op een holistische manier de voorkeuren van deelnemers te onderzoeken door hen een set stellingen te laten rangschikken naar hoe belangrijk ze zijn voor hun keuze van medisch specialisme. Om te zorgen dat alle relevante aspecten voor de carrièrevoorkeur van studenten in de set stellingen vertegenwoordigd is, hebben we stellingen geëxtraheerd uit de relevante literatuur en eerder eigen onderzoek in dit veld, en is de set in een pilotstudie getest op volledigheid en duidelijkheid. Geneeskundestudenten, in verschillende fasen van hun studie, werden gericht benaderd voor deelname. Deelnemers sorteerden 62 statements over carrièrevoorkeur op een "minst belangrijk" - "meest belangrijk" schaal. Middels een by-person factor analyse worden vervolgens patronen in kaart gebracht.

Resultaten (en conclusie)

Vierentwintig Nederlandse studenten, in verschillende fasen van hun opleiding aan de Erasmus universiteit en de Vrije Universiteit, namen deel in deze studie. De analyse resulteerde in drie afzonderlijke patronen in de data: 1) studenten met focus op levenslang leren en ontwikkelen; 2) studenten met focus op werk-privé balans; 3) studenten die belang hechten aan erkenning in hun werk. De drie patronen verklaarden 48% van de totale variantie in voorkeuren.

Discussie

De drie patronen in voorkeuren van geneeskundestudenten ten aanzien van hun carrière bieden waardevol inzicht voor het ontwikkelen van interventies en beter loopbaanbeleid. Bovendien was het opvallend dat studenten deelname zeer waardeerden en meerwaarde zagen voor deze tool als hulpmiddel in gericht nadenken over hun keuze van medisch specialisme. Onderzoek naar de bruikbaarheid van Q-methodologie als een reflectie interventie is een veelbelovende vervolgstap.

Referenties

- 1 Querido, S. J., Vergouw, D., Wigtersma, L., Batenburg, R. S., De Rond, M. E., & Ten Cate, O. T. (2016). Dynamics of career choice among students in undergraduate medical courses. A BEME systematic review: BEME Guide No. 33. *Medical teacher*, 38(1), 18-29.
- 2 Watts, S., & Stenner, P. (2012). *Doing Q methodological research: Theory, method & interpretation*. Sage.

Trefwoord: Students/Trainees: Career choice

Wijze van presentatie: Onderzoekspaper

D4.3 / Diamond room II

Invloed van respons instructie en respons format op de beleving van een Situational Judgement Test door decentrale selectie kandidaten voor de geneeskundeopleiding

W.E. de Leng¹, K.M. Stegers-Jager¹, M.P.H. Born², A.P.N. Themmen¹

¹Erasmus MC,²Erasmus Universiteit

Probleemstelling

Voor de selectie van geneeskundestudenten op non-academische kwaliteiten wordt steeds vaker gebruik gemaakt van *Situational Judgement Tests* (SJT's), tests waarbij kandidaten optionele reacties op lastige situaties moeten beoordelen. Bij de invoering van nieuwe selectie instrumenten is het belangrijk om rekening te houden met de percepties van kandidaten, omdat negatieve ervaringen met de selectieprocedure kunnen leiden tot verminderde testmotivatie en terugtrekking uit de selectieprocedure¹. Uit eerder onderzoek blijkt eveneens dat demografische subgroepen kunnen verschillen in kandidaat percepties¹. Negatievere percepties door kandidaten uit minderheidssubgroepen kunnen op die manier indirect leiden tot grotere terugtrekking onder deze kandidaten, oftewel *adverse impact*. De kandidaat percepties op SJT's worden beïnvloed door eigenschappen van de test. SJT's met een open-vragen format worden bijvoorbeeld positiever ervaren dan SJT's met een multiple-choice format. In deze studie is onderzocht hoe de perceptie van een SJT wordt beïnvloed door de respons instructie en het respons format. Daarnaast zijn de percepties van een SJT vergeleken voor subgroepen op basis van geslacht, etniciteit en opleidingsniveau van de ouders. De kandidaat percepties van een SJT zijn onderzocht vanuit de *organisational justice* theorie van Gilliland² die verschillende factoren beschrijft die de perceptie van een rechtvaardige selectieprocedure ondersteunen, bijvoorbeeld *study relatedness* en *chance to perform*. Naar ons weten is dit de eerste studie naar de invloed van respons instructie en demografische achtergrond op kandidaat percepties van een SJT binnen een decentrale selectie context.

Methode

Bij de kandidaten van de decentrale selectie voor de geneeskunde opleiding in 2018 is een online vragenlijst afgenomen. Respondenten kregen willekeurig één van vier verschillende SJT versies te zien, gevormd door twee respons instructies ('wat zou je moeten doen (*should-do*)' vs. 'wat zou je daadwerkelijk doen (*would-do*)') en twee respons formats (multiple-choice vs. rating). De perceptie van de SJT werd gemeten met een globale rating en een rating (op een zevenpunt schaal) op vijf dimensies beschreven binnen de *organisational justice* theorie: 1. *face validity*, 2. *applicant differentiation*, 3. *study relatedness*, 4. *chance to perform* and 5. *ease of cheating*.

Resultaten (en conclusie)

In totaal hebben 372 kandidaten gereageerd op de vragenlijst (respons = 42.7%). SJT's met een rating format werden over het algemeen positiever beoordeeld dan SJT's met een multiple-choice format op vier van de vijf *organisational justice* dimensies. Voor respons instructie werd alleen een verschil gevonden op *ease of cheating*, waarbij SJT's met *would-do* instructies als makkelijker te cheaten werden beschouwd dan SJT's met *should-do* instructies. Tussen de demografische subgroepen werden geen significante hoofdeffecten gevonden, maar wel significante interactie effecten met de SJT eigenschappen, erop wijzend dat bepaalde subgroepen een grotere voorkeur hebben voor bepaalde testeigenschappen. Niet-Westerse kandidaten lieten een grotere voorkeur zien voor SJT's met *should-do* instructies en eerste-generatie hoger onderwijs kandidaten lieten een grotere voorkeur zien voor SJT's met rating formats.

Discussie

De positievere perceptie van SJT's met een rating format wordt mogelijk verklaard doordat deze formats een genuanceerder respons toestaan, wat beter past bij de lastige situaties in een SJT. De perceptie dat SJT's met *should-do* instructies moeilijker zijn te cheaten dan SJT's met *would-do* instructies komt overeen met empirische bevindingen die aantonen dat SJT's met *should-do* instructies moeilijker zijn te faken. De grotere voorkeur van niet-Westerse kandidaten voor SJT's met *should-do* instructies wordt mogelijk verklaard doordat deze kandidaten vaker een collectivistische achtergrond hebben waarin het belangrijker is wat de groep doet in plaats van wat het individu doet. Tot slot, de grotere voorkeur van eerste-generatie hoger onderwijs kandidaten voor SJT's met rating formats wordt mogelijk verklaard door een negatievere attitude tegenover traditionele vormen van testen.

Referenties

- 1 Schmit, M.J. & Ryan, A.M.(1997). Applicant withdrawal: the role of test-taking attitudes and racial differences. *Personnel Psychology*,50,855-876.
- 2 Gilliland, S.W.(1993). The perceived fairness of selection systems: An organizational justice perspective. *Academic Management Review*, 18,694-734.

Trefwoord: Education management: Selection of students/trainees

Wijze van presentatie: Onderzoekspaper

D4.4 / Diamond room II

The proof of the pudding: Voorspellende waarde van selectie voor de klinische masterfase van geneeskunde

S. Schreurs, K.B. Cleutjens, M.G.A. Oude Egbrink
Universiteit Maastricht

Probleemstelling

Er is veel discussie over de 'beste' manier om geneeskunde studenten te selecteren. Niet alleen over de vraag met welke methode er geselecteerd moet worden, maar ook voor welk niveau (bijvoorbeeld voor een goede student of voor een goede arts; 1). Het niveau waaraan geneeskunde studenten aan het einde van hun opleiding moeten voldoen is omschreven in het 'Raamplan Artsopleiding'; de eisen zoals beschreven in dit raamplan zijn gebaseerd op de CanMEDS. Het doel van de voorliggende studie was te onderzoeken of een 'outcome-based' selectieprocedure, die zich richt op aanleg voor de in het raamplan beschreven competenties, voorspellend is voor prestaties in het klinische deel van de geneeskunde opleiding. De specifieke onderzoeksvraag was: presteren geselecteerde studenten in de masterfase beter dan primair afgewezen studenten

Methode

In deze studie is gebruik gemaakt van data van geneeskundestudenten die in 2011, 2012 en 2013 hebben meegedaan aan de 'outcome-based' selectieprocedure aan Maastricht University. Twee subgroepen zijn geïnccludeerd: de geselecteerde studenten (groep S; n=399) en de studenten die werden afgewezen gedurende de selectieprocedure maar via loting alsnog binnenkwamen (groep A; n=293). In Maastricht omvat de masterfase vijf verplichte coschappen van 10-20 weken, twee keuze-coschappen, een wetenschappelijke stage en een semi-arts stage. Gedurende de gehele master verzamelen studenten feedback en formatieve evaluaties in een portfolio, en reflecteren ze ook regelmatig op hun persoonlijk functioneren. Op drie momenten wordt hun ontwikkeling op elk van de zeven competenties op kwalitatieve wijze summatief beoordeeld: na de eerste twee verplichte coschappen (T1), na de volgende drie verplichte coschappen (T2), en na de semi-arts stage (T3). Deze beoordelingen zijn gebruikt om de prestaties van de groepen S en A te vergelijken. De timing van de keuze-coschappen en wetenschappelijke stage verschilt per student. Logistische regressie werd toegepast om de prestaties van de groepen S en A per competentie en per fase te vergelijken, gecontroleerd voor leeftijd, geslacht, middelbare school gemiddelde en cohort. Ook de scores op de voortgangstoets werden vergeleken, gecontroleerd voor dezelfde covariaten.

Resultaten (en conclusie)

In zes competenties waren vrijwel alle oordelen 'volgens' of 'boven verwachting'; alleen voor de competentie-gerelateerde rol *Medisch Deskundige* werd in 16,5% (T1) en 8,8% (T2) van de gevallen een 'beneden verwachting' gegeven. Gedurende de eerste twee jaar van de masterfase presteerde groep S significant beter dan groep A in de rollen *Communicator* (OR: T1=1,91; T2=1,94), *Samenwerker* (OR: T1=1,96; T2=2,09) en *Beroepsbeoefenaar* (OR: T1=1,69; T2=1,68), en in jaar 2 ook *Organisator* (OR: T2=2,40); dit betekent dat in groep S significant vaker 'boven verwachting' werd gescoord. De overige competenties toonden geen verschillen. De resultaten voor T3 volgen nog. De S-groep presteerde ook beter op de voortgangstoets in zowel jaar 2 ($F=5,123$, $p<0,05$) als 3 ($F=8,623$, $p<0,005$).

Discussie

De voorlopige conclusie van deze studie is dat geselecteerde studenten beter presteren tijdens de klinische masterfase dan degenen die zijn afgewezen in dezelfde selectieprocedure. Eerder onderzoek toonde aan dat dit ook het geval is gedurende de preklinische bachelor (2). Deze verschillen zijn niet terug te voeren op verschillen in middelbare school cijfers. Van belang is op te merken dat vrijwel alle studenten aan het eind van de masterfase voldoen aan de raamplan eisen, ongeacht hun selectie-resultaat, maar dat geselecteerde studenten vaker 'boven verwachting' presteren. Alles tezamen toont deze studie aan dat een 'outcome-based' selectieprocedure, gebaseerd op aanleg voor de in het raamplan geformuleerde competenties, voorspellend is voor prestaties op de klinische werkplek.

Referenties

- 1 Stegers-Jager KM. Lessons learned from 15 years of non-grades-based selection for medical school. Med Educ. 2018;52(1):86-95.
- 2 Schreurs S, Cleutjens KB, Muijtjens AMM, Cleland J, Oude Egbrink MGA. Selection into medicine: the predictive validity of an outcome-based procedure. BMC Med Educ. 2018;18(1):214.

Trefwoord: Education management: Selection of students/trainees, Learning outcomes: Clinical and practical skills

Wijze van presentatie: Onderzoekspaper

Laten we een kijkje in de spiegel nemen - zelfevaluatie en groepsreflectie als middel voor docentprofessionalisering van werkplekbegeleiders

M. van Lierop¹, R. Stalmeijer², C. Sehlbach²

¹MUMC+, ²Universiteit Maastricht

Thema

Leren op de werkplek speelt een belangrijke rol binnen alle gezondheidszorgopleidingen. Onderzoek toont aan dat de rol van de zorgprofessional als begeleider van het leerproces van studenten binnen deze omgeving cruciaal is. In de praktijk hebben deze zorgprofessionals vaak geen formele training op het gebied van werkplekbegeleiding ontvangen. Het van feedback voorzien met betrekking tot hun begeleidingscompetenties is essentieel en goed onderzocht. Onderzoek laat zien dat het toevoegen van zelfevaluatie en groepsreflectie op het gebied van werkplekbegeleidingskwaliteit belangrijk zijn om te zorgen dat zorgprofessionals zich ook kunnen ontwikkelen in hun rol als werkplekbegeleider. Tijdens deze workshop putten wij uit onze onderzoeks- en praktijkervaringen met de implementatie van zelfevaluatie en groepsreflectie.

Doel

Aan het einde van deze workshop hebben de deelnemers: (1) inzicht in het belang van zelf-evaluatie, feedback en groepsreflectie op het verandervermogen van werkplekbegeleiders; (2) inzicht in mogelijke theoretische kaders die dit proces kunnen ondersteunen; (3) inzicht in de potentie van deze aanpak binnen hun eigen praktijk; en (4) ervaring met (fictieve) zelfanalyse, feedback interpretatie, en groepsreflectie.

Doelgroep

Werkplekbegeleiders (van studenten, co's, aios) binnen alle gezondheidszorgopleidingen; Onderwijskundigen geïnteresseerd in docentprofessionalisering en kwaliteitszorg; Stagecoördinatoren geïnteresseerd in het inzetten van deze tools binnen hun stage.

Opzet: activiteiten en opbrengst

In deze workshop analyseren deelnemers een drietal casussen over zelfevaluatie, feedback en groepsreflectie. Deelnemers gaan reflecteren over de potentie van deze werkwijzen voor de eigen praktijk. Ze gaan in kleine groepen reflecteren over de vragen: wat valt op in de zelfevaluatie, en wat zijn aandachtspunten? Wat is de potentie van feedback en zelfevaluatie combineren, wat leren we van discrepanties? Wat zijn de drempels voor deze aanpak? Welke vragen zou een werkplekbegeleider stellen bij een bijeenkomst voor groepsreflectie (delen van ervaringen met en leren van collega-werkplekbegeleiders)? Wat is de potentie van groepsreflectie als docentprofessionaliseringsmiddel voor werkplekbegeleiders?

Workshopgevers zullen hiervoor inzicht geven in het nut van feedback en de randvoorwaarden, en in de stand van zaken rondom combinatie van zelf-evaluatie en student feedback als docent-professionaliseringsmiddel op basis van hun eigen onderzoek en ervaring [1, 2].

Referenties

1 Marion van Lierop, Laury de Jonge, Job Metsemakers & Diana Dolmans (2018) Peer group reflection on

student ratings stimulates clinical teachers to generate plans to improve their teaching, Medical Teacher,

40:3, 302-309, DOI: <https://doi.org/10.1080/0142159X.2017.1406903>

2 Stalmeijer, R.E., Dolmans, D.H.J.M., Wolfhagen, I.H.A.P. et al. Adv in Health Sci Educ (2010) 15: 315.

<https://doi.org/10.1007/s10459-009-9199-6>

Max aantal deelnemers: 30

Trefwoord: Assessment: Feedback, Learning outcomes: Teaching skills, Teachers/Trainers: Faculty/Staff development

Wijze van presentatie: Workshop

J.H. Westen¹, G.D. Boland²

¹Universiteit Maastricht, ²Landelijk expertisecentrum Pharos

Thema

Nederland heeft een heel diverse bevolking. Zo heeft bijvoorbeeld 23% een migratie-achtergrond¹. Ook binnen "groepen" verschillen individuen. Of je patiënt een hoogopgeleide vluchteling uit Irak is of een Nederlandse fabrieksarbeider uit Ommoord heeft invloed op hoe je met je patiënt communiceert. De achtergrond van de patiënt bepaalt mede wat voor hem of haar van belang is in de zorg. Sensitiviteit voor deze diversiteit is van extra groot belang in de palliatieve fase.

In 2014 is het Nationaal Programma Palliatieve Zorg gestart². 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 onderwijs in palliatieve zorg geïntegreerd moet worden in het curriculum zodat ook de beginnende arts voorbereid is op verlenen van deze zorg aan een diverse patiëntenpopulatie.

In deze workshop ontwikkelen we onderwijs dat daarop gericht is. We doen dit met materialen van Pharos, kenniscentrum gezondheidsverschillen, en de Pasemeco Toolbox.

Pasemeco³ is een project dat werkt aan de integratie van palliatieve zorg in de geneeskundeopleidingen. Onderdeel hiervan is het aanbieden van een flexibel inzetbare online Toolbox met onderwijsmateriaal over palliatieve zorg.

Doel

Deelnemers ontwikkelen met behulp van de Pasemeco toolbox onderwijsmateriaal gericht op palliatieve zorg aan een diverse patiëntenpopulatie dat geïntegreerd kan worden in bestaand onderwijs in de bachelor en masterfase.

Doelgroep

Docenten, onderwijskundigen, studenten, artsen met onderwijstaken, curriculum coördinatoren

Opzet: activiteiten en opbrengst

Activiteit:

Het ontwikkelen van onderwijsmateriaal

Opzet workshop:

Na een korte inleiding over Pharos, Pasemeco en gebruik van de toolbox worden kleine groepen gevormd. Elke groep beschrijft een authentieke situatie binnen de palliatieve zorg waarin diversiteit een rol speelt en onderzoekt waar in het basiscurriculum onderwijs hierover geïntegreerd kan worden. De groep zoekt geschikt bronmateriaal, ontwikkelt gezamenlijk een onderwijsvorm, en onderzoekt welke aanvullende materialen eventueel nog nodig zijn.

Afsluitend tonen de groepen elkaar hun onderwijsopzet.

Opbrengst:

De deelnemers krijgen zicht op bronmateriaal, doen ervaring op met de toolbox en met ontwerpen van onderwijs met bestaand bronmateriaal. Het ontworpen onderwijs kan door de deelnemers zelf worden ingezet en zal worden opgenomen in de Pasemeco Toolbox en op de website van Pharos zodat onderwijs gericht op het bieden van goede palliatieve zorg rekening houdend met diversiteit beschikbaar komt voor instellingen voor medisch onderwijs in Nederland.

Referenties

1 <https://www.cbs.nl/nl-nl/achtergrond/2018/47/bevolking>

2 <https://www.zonmw.nl/nl/over-zonmw/onderwijs/programmas/programma-detail/palliatie-meer-dan-zorg/>

3 <http://www.pasemeco.nl/>

Max aantal deelnemers: 30

Trefwoord: Curriculum: Core, Learning outcomes: Communication skills, Medical education: Undergraduate education

Wijze van presentatie: Workshop

A.W. Kersten, M. Jambroes, N.M. van den Berg
UMC Utrecht

Thema

Om medisch studenten op te leiden tot arts in het huidige en toekomstige werkveld is het van belang dat public health aandacht krijgt in het onderwijs.

Vergrijzing zorgt voor een toenemende zorgvraag waarin steeds meer mensen meerdere chronische, vaak leefstijlgebonden ziektes hebben. Deze patiënten brengen het grootste gedeelte van de tijd door in de maatschappij. De oplossing voor veel chronische ziektes ligt niet in opereren of het behandelen van symptomen. Zo schreef bariatrisch chirurg Maurits De Brauw met collega's in een open brief in de Volkskrant over de overgewicht en obesitas epidemie: 'Als chirurgen gespecialiseerd in maagverkleiningsoperaties slaan wij alarm: wij verrichten 30 operaties per week, maar kunnen de toeloop van patiënten niet aan. Hoewel we veel patiënten genezen, is het duidelijk dat wij dit probleem NIET met een operatie kunnen oplossen'.

Preventie wordt een belangrijker onderdeel van de geneeskunde. Voor geneeskunde studenten is het van toenemend belang om de relatie tussen omgevingsfactoren en ziekten te begrijpen. Dat vergt een andere manier van denken dan studenten gewend zijn. Behalve dat studenten leren hoe ze individuele patiënten behandelen moeten zij ook begrijpen welke onderliggende determinanten gezondheidsuitkomsten verklaren en leren deze kennis toe te passen in de spreekkamer of op populatie niveau.

Wij ontwikkelden een variatie aan innovatieve werkvormen waarin studenten geactiveerd worden en leren denken over Public Health thema's. Het onderwijs wordt op verschillende momenten in de opleiding geneeskunde aangeboden en sluit aan op verschillende thema's. In deze workshop zullen drie werkvormen aan bod komen: Een outbreakgame voor de actoren en risico's van een infectieziektenuitbraak, het begrijpen van sociale determinanten van een casus doormiddel van narrative medicine en een simulatie waarin je als arts vanuit een casus oefent in samenwerking met andere professionals.

Doel

Tijdens de workshop gaan deelnemers de drie werkvormen zelf ervaren in roulerende tafels. Daarna wordt per tafel gezamenlijk gereflecteerd op de leeropbrengsten en het toepassen van deze onderwijsvorm in andere opleidingen.

Doelgroep

Docenten, onderwijsontwikkelaars, curriculum coördinatoren en studenten die betrokken zijn bij onderwijs of opleidingen waarin public health een thema is en die geïnteresseerd zijn in activerende werkvormen zijn van harte welkom.

Opzet: activiteiten en opbrengst

De workshop staat in het teken van het zelf ervaren van drie werkvormen en vervolgens samen reflecteren op leeropbrengsten en werkvormen die aanwezig in hun eigen onderwijs kunnen toepassen.

Max aantal deelnemers: 35

Trefwoord: Teaching & learning: Games, Teaching & learning: Experiential learning, Teaching & learning: Small group

Wijze van presentatie: Workshop

Leadership and power in the healthcare environment: what can we do?

J.O. Busari¹, M.K. Chan², F. Scheele³

¹Maastricht University| Zuyderland Medical Center, ²University of Manitoba | Children's Hospital of Winnipeg, ³OLVG

Many healthcare environments are wrought with the consequences of the complex interplay between power and leadership. While a lot of attention is being given to the need for more physician leadership in healthcare and the medical curriculum, less attention is given to the power and its role in the process of healthcare delivery. As the expectations from effective leadership and resource stewardship by physicians continue to rise, the impact of power on healthcare education and practice requires further exploration. In this workshop, we shall explore the concept and impact of power in physician leadership and examine how power is acquired and exercised in the healthcare environment. Together with the participants, we shall identify specific strategies to address dilemmas concerning power through an interactive discourse.

Target audience

Program directors, residents, faculty and other individuals involved in leadership teaching and curriculum development.

Learning Objectives

By the end of the session, participants will be able to:

- 1) Share positive and negative personal experiences involving power and leadership.
- 2) Identify situations in their own contexts that are inherently laden with power differentials and share experiences on how these were managed.
- 3) Develop strategies to manage the impact of power in physician leadership and how it is exercised in the healthcare environment.

Organization and Method of Presentation

After an introductory mini-lecture, we will be using a number of proven methods (think-pair-share, narratives, small group discussion with large group debrief etc.) to actively engage our participants. We will conclude with a summary and allow individuals to identify actionable opportunities in their own context.

Language of Presentation English

Maximum number of Participants Desired:30

Wijze van presentatie: Workshop

Teach the teacher diversiteit in SOLK onderwijs, waar draait het om?

M.M.E. van der Meer, A. Weiland
Erasmus MC

Thema

In het Europese project 'Medical education on Medically Unexplained Symptoms & Intercultural Communication(Music)' wordt (docenten)onderwijs ontwikkeld over interculturele communicatie bij SOLK-patiënten (patiënten met Somatisch Onverklaarbare Lichamelijke Klachten). SOLK komt voor bij 30% van de consulten gevoerd in zowel 1e als 2e lijn. Kennis over het project wordt gedeeld en deelnemers worden betrokken bij strategische keuzes in de ontwikkeling van passend onderwijs.

Doel

Komen tot suggesties/ aanvullingen voor een goed werkbaar inhoudelijk kader (competentieprofiel/ Kenmerkende Beroepsactiviteiten (KBA's) voor een teach the teacher training over interculturele communicatie bij SOLK-patiënten aan stafleden, aios en medische studenten.

Doelgroep

Docenten, stafleden, aios, medische studenten, onderwijskundigen en overige deskundigen op het gebied van SOLK en interculturele communicatie.

Opzet: activiteiten en opbrengst

Activiteiten: Informatie opdoen over het Europese project zodat de context helder wordt. In kleine groepen het competentieprofiel bespreken op volledigheid en praktische toepasbaarheid. Leerpunten en suggesties worden samengevat. Wat hebben deelnemers van elkaar geleerd over interculturele communicatie en het omgaan met deze specifieke patiënten doelgroep en wat nemen gespreksleiders mee naar het project.

Opbrengst: Overzicht van leerpunten en suggesties bij het tot stand komen van een compleet competentieprofiel. Input voor het ontwikkelen van een teach de teacher training over intercultureel onderwijs aan artsen/studenten die te maken hebben met patiënten met somatisch onverklaarbare lichamelijke aandoeningen (SOLK).

Referenties

1 Proefschrift dr. Anne Weiland 'Training medical specialists in communication with patients with medically

unexplained physical problems'.

2 Europees project van Erasmus+ 'Medical education on Medically Unexplained Symptoms & Intercultural

Communication (Music).

Max aantal deelnemers: 24

Trefwoord: Teachers/Trainers: Professionalism/scholarship, Learning outcomes: Teaching skills, Learning outcomes: Communication skills

Wijze van presentatie: Rondetafel sessie

S.M.M. Besseling
Zuyd Hogeschool

Context/probleemstelling of aanleiding

Binnen het curriculum van de AVM (Academie Verloskunde Maastricht, Zuyd Hogeschool) wordt sinds 2006 opleidingssupervisie gegeven. Supervisie, als didactische methode voor reflectie op (stage-)werkervaringen, past met name in mensgerichte beroepen. De integratie van de persoon (wat vind ik belangrijk?) en de methode (hoe moet het?) in het beroep (wat vraagt de concrete werksituatie van mij?) binnen de maatschappelijke context (wat verwacht men van een verloskundige?) is specifiek het doel van supervisie. Van alle begeleidend docenten op de AVM is slechts 1 docent daadwerkelijk opgeleid tot supervisor aan de HAN in Nijmegen. Die supervisie-opleiding is kostbaar en intensief. Het merendeel van de AVM-docenten bleek tijdens de supervisiebijeenkomsten weinig methodisch te werken waardoor de diepgang in de reflectie vaak ontbrak. Docenten gaven aan meer scholing te behoeven op dit gebied.

Beschrijving van de interventie/innovatie

De gecertificeerde supervisor van de AVM (S. Besseling) heeft samenwerking gezocht met W. Goossens, een gecertificeerd supervisor van de opleiding Social Work (Zuyd Hogeschool), waar supervisie al veel langer een vast opleidingsonderdeel is. Vanuit die samenwerking is een introductiecursus ontworpen waarin docenten ervaren en reflecterend leren om zich de structuur van reflectie eigen te maken met gebruikmaking van diverse methodes, zoals de op de AVM gebruikelijke 'Beoogde leerweg in supervisie' volgens L. van Kessel. De cursus bestaat uit drie trainingen van 2,5 uur (met voorbereidingsactiviteiten) en aansluitend vier begeleide intervisiebijeenkomsten die gericht zijn op het begeleiden van supervisie (intervisie over supervisie).

Ervaringen/analyse van de implementatie

Docenten leerden de verdieping te zoeken binnen supervisie. In de praktijk wordt aan de term 'reflecteren' een wisselende betekenis gegeven. Er is vaak verwarring met activiteiten waarbij eveneens wordt teruggeblikt, zoals evalueren, feedback geven, beoordelen etc. Er is meer bewustwording gekomen in de betekenis van reflecteren. Het oefenen met casus en het ontvangen van praktijkvoorbeelden door ervaren supervisoren waren eyeopeners voor cursisten. De trainingen en de eerste intervisiebijeenkomsten zijn achter de rug. Gekeken wordt of deze training in aangepaste vorm ook op andere opleidingen aangeboden kan worden.

Lessons learned (implicaties voor de praktijk)

Het is lastig om streng te zijn naar eigen collega's. Het is fijn om iemand van buiten de eigen opleiding erbij te hebben voor het hanteren van strengere regels. Collega's vonden de voorbereidingsactiviteiten wel zinvol, maar ook tijdsintensief. Bij een hoge werkdruk kozen sommige docenten ervoor om deze voorbereidingsactiviteiten te laten liggen. Dat had dan effect op de training, aangezien deze voorbereiding een functie had voor de training. Docenten leerden het meest van het zelf oefenen met het doorlopen van de verschillende stappen van de reflectiemethode. Docenten hebben behoefte aan en zoeken manieren om speels met een reflectiemethode om te gaan.

Referenties

- 1 Haan E. de, Regouin W. (2017) *Supervisie een gids voor supervisanten, van Gorcum, Assen*
- 2 Boer, M. Hoonhout, M. Oosting. J. (2015). *Supervisiekunde, meerperspectivistisch*. Deventer: Vak \ medianet Deventer

Trefwoord: Learning outcomes: Life-long learning, Learning outcomes: Reflection / Critical thinking / decision-making / clinical reasoning, & learning: Experiential learning

Wijze van presentatie: Praktijkpaper

D. Dobbe

LRCB Dutch Expert Centre for Screening

Context/probleemstelling of aanleiding

Het LRCB (*Dutch Expert Centre for Screening*) streeft ernaar om de kwaliteit van het bevolkingsonderzoek borstkanker te borgen en te verbeteren. Eén van de manieren om dit te realiseren is het opleiden en trainen van de professionals in de screening. De experts die deze opleidingen geven hebben een diepgaande kennis op hun eigen vakgebied, maar het ontbreekt hen aan formele training op het gebied van lesgeven en didactiek.

Beschrijving van de interventie/innovatie

Om de experts binnen het kenniscentrum kennis te laten nemen van didactische concepten en vaardigheden, zijn binnen het centrum zogenaamde Onderwijs Ateliers geïntroduceerd. Dit zijn 2 tot 3 uur durende workshops, met telkens een ander relevant thema, dat vaak op verzoek van de deelnemers is gekozen. Voorbeelden hiervan zijn: 'omgaan met moeilijke groepen', 'presenteren', en 'blended leren'. Op een interactieve manier en in een veilig leerklimaat, komen didactische concepten en vaardigheden aan de orde en worden de deelnemers gestimuleerd om te reflecteren op hun eigen ervaringen op het gebied van lesgeven en trainen.

Om de aangeleerde onderwerpen ook daadwerkelijk toe te passen, worden er ook Onderwijs Ateliers gewijd aan het herontwerpen van de huidige cursussen.

Ervaringen/analyse van de implementatie

Op basis van feedback van de deelnemers van de Ateliers en de evaluaties van de trainingen die door hen gegeven worden, kan het effect van de Ateliers ingeschat worden. De deelnemers geven aan dat zij de ateliers zien als een essentiële verrijking van hun lesgevendende taak. Zij zijn zich bewust geworden van het belang en de noodzaak van kennis en vaardigheden op het gebied van didactiek. Een ander positief resultaat is dat zij meer interesse hebben gekregen in het ontwikkelen van kennis op het gebied van didactische concepten en werkvormen. Daarnaast zijn sinds de introductie van de Onderwijs Ateliers 13 trainingen (gedeeltelijk) her-ontwikkeld. Uit kwalitatieve evaluaties onder deelnemers van de opnieuw ontwikkelde cursussen blijkt dat zij deze veranderingen zeer waarderen.

Lessons learned (implicaties voor de praktijk)

De deelnemers van de onderwijs ateliers hebben meer zelfvertrouwen gekregen met betrekking tot het ontwikkelen van lessen en bij het lesgeven zelf. Zij zijn zich bewust geworden dat lesgeven meer is dan een PowerPointpresentatie geven. In plaats van alleen op het zenden van inhoudelijke kennis is er meer nadruk komen te liggen op het leerproces van de deelnemers, en op de voorwaarden die leren mogelijk maken. Zowel de inhoudsexperts die geen formele training hebben gehad op dit gebied, als de deelnemers aan de cursussen die zij geven, ervaren een positieve verandering.

Trefwoord: Teachers/Trainers: Faculty/Staff development, Learning outcomes: Teaching skills, Teaching & learning: General

Wijze van presentatie: Praktijkpapier

D10.3 / JF Staal room

Onderwijsinnovatie Lego (Serious Play); reflecteren met je hart, je hoofd en je handen

M. Kok, C.A.E. Reuchlin
UMC Utrecht

Context/probleemstelling of aanleiding

In het derde jaar van de bachelor geneeskunde in het UMCU lopen studenten hun eerste coschap. Tijdens dit coschap worden twee 'reflectielessen' aangeboden. Deze lessen vallen onder de leerlijn 'Communicatie & Attitude'.

Beide lessen gaan over de ervaringen die studenten hebben tijdens hun coschap.

Voor de 2e les wilden we graag een vernieuwende werkvorm om te reflecteren gebruiken en hebben we gekozen voor de werkvorm Lego Serious Play©. Dit is een methode waarmee je studenten actief betrekt en ze hun eigen verhaal laat bouwen en vertellen. Het gaat hierbij zowel om het fysiek bouwen van de eigen ervaring met LEGO als om het construeren van de bijbehorende betekenis.

Beschrijving van de interventie/innovatie

We zochten naar een werkvorm waarin alle studenten tot hun recht kunnen komen. Lego als werkvorm is daar een goede methode voor. Het spreekt een bepaalde, creatieve(re) manier van denken aan. Het bouwen verloopt volgens een vast proces. Elke student deelt de betekenis van zijn creatie en het bijbehorende verhaal met groepsgenoten.

De studenten (en de docent) merken de belangrijkste inzichten op en kunnen verhelderende vragen over de creatie stellen.

We hebben 'Lego starterskits' aangeschaft en een lesopzet aan de hand van spelregels gecreëerd. Elke groep studenten (ba3) krijgt deze les aangeboden. De uiteindelijke vraag die studenten beantwoorden is 'bouw je coschap'. We bieden deze lessen nu twee jaar aan.

Ervaringen/analyse van de implementatie

Successen

Iedereen mag zijn eigen verhaal vertellen. Het is een speelse, vrolijke werkvorm waar veel diepgang uit te halen valt als de gespreksleider de juiste vragen weet te stellen. De ervaringen van het coschap worden zichtbaar gemaakt, toegelicht en met elkaar gedeeld.

De LEGO SERIOUS PLAY-methode maakt gebruik van metaforen. Dat maakt het mogelijk ook abstracte procesvragen te behandelen. Juist in het vertalen van een abstracte vraag naar een concreet, tastbaar bouwwerk zit de kracht van deze methode. Wij denken dat deze methode ondersteunt in het verwerken van eerste betekenisvolle of indrukwekkende ervaringen van studenten.

Knelpunten

De evaluaties zijn wisselend. Sommige studenten vinden 'het spelen met lego' kinderachtig, docenten vinden de weerstand van studenten lastig, evenals de vorm, die heel anders is dan het zitten en praten dat we normaal doen. Bijna iedereen is nog zoekend in deze vorm. Een veilige onderlinge leeromgeving is een belangrijke voorwaarde om je kwetsbaar te durven opstellen. Niet in iedere groep zijn er studenten lukt dit en is er affiniteit hebben met deze uitingsvorm.

Lessons learned (implicaties voor de praktijk)

We hebben docenten een training gegeven in het gebruiken van deze werkvorm. Onlangs heeft een 'gecertificeerd Lego Serious Play instructor' de les bijgewoond. We zijn als afdeling zoekend naar een vorm die bij iedereen past.

Trefwoord: Learning outcomes: Professionalism / attitude / ethics, Learning outcomes: Reflection / Critical thinking / decision-making / clinical reasoning, Students/Trainees: Student support and counselling

Wijze van presentatie: Praktijkpaper

M.V. Versteeg¹, G. Bressers², B.W.C. Ommering¹, A.J. de Beaufort¹, M. Wijnen-Meijer³, P. Steendijk¹
¹LUMC, ²Universiteit Maastricht, ³Technische Universität München / Fakultä

Context/probleemstelling of aanleiding

De ontwikkelingen in de zorg vragen van onze studenten een zelfregulerende houding met betrekking tot hun leerproces en professionele ontwikkeling.¹ Echter, onderwijskundige interventies om studenten deze metacognitieve competenties te laten ontwikkelen in de bachelor fase zijn schaars.² Het bachelor onderwijs focust zich voornamelijk op het verbeteren van de kennis, ofwel cognitie. Dit terwijl metacognitieve vaardigheden van een lerende beter trainbaar zijn dan de cognitieve en daarnaast een belangrijke determinant vormen voor studiesucces. Middels een 'hardop denken' interventie brachten we de metacognitieve vaardigheden van studenten in kaart, met als doel om een betere basis te leggen voor onderwijsinnovaties met betrekking tot zelfregulerend leren.

Beschrijving van de interventie/innovatie

We vroegen studenten om medisch-fysiologische vraagstukken op te lossen terwijl ze hardop moesten denken; hierdoor konden we hun metacognitieve vaardigheden analyseren. Deze opdracht werd afgerond met een semigestructureerd interview, waarin studenten reflecteerden over de aandacht voor metacognitie in de opleiding. Zo verkregen we inzicht in hoeverre (1) de student bewust was van zijn metacognitieve vaardigheden en (2) metacognitie training een rol heeft in de basisopleiding volgens de studenten.

Ervaringen/analyse van de implementatie

Twaalf derdejaars geneeskunde studenten van het LUMC namen deel. De man/vrouw verhouding onder de deelnemers was gelijk aan de huidige geneeskundepopulatie in het LUMC (30/70). De kwalitatieve data zijn geanalyseerd aan de hand van een codeboom ('template'). Deze codeboom, deels gebaseerd op bestaande literatuur en theorieën over metacognitie, is tot stand gekomen in samenspraak met twee individuele codeurs (MV en GB).

Lessons learned (implicaties voor de praktijk)

De meest opvallende zaken die uit de hardop denk sessies naar voren kwamen zijn: 1) Er lijkt weinig sprake van het trainen van metacognitie in de opleiding. 2) Studenten noemen dat ze vooral zelfinzicht verkrijgen via tussentoetsen en (proef)tentamens. Dit toont dat ze vooral bezig zijn met het 'halen' van de benodigde cijfers en niet zozeer met de benodigde vaardigheden of langdurige kennis voor de toekomst als arts. 3) Er werd aangegeven dat meer zelfinzicht tijdens de opleiding wenselijk is, met name op het vlak van competenties. Hier ligt een belangrijke rol voor de opleiding. We doen de aanbeveling om het 'leren' van zelfregulerend leren explicieter op te nemen in het medisch onderwijs. Twaalf derdejaars geneeskunde studenten van het LUMC namen deel. De man/vrouw verhouding onder de deelnemers was gelijk aan de huidige geneeskundepopulatie in het LUMC (30/70). De kwalitatieve data zijn geanalyseerd aan de hand van een codeboom ('template'). Deze codeboom, deels gebaseerd op bestaande literatuur en theorieën over metacognitie, is tot stand gekomen in samenspraak met twee individuele codeurs (MV en GB).

Referenties

- 1 Brydges R. & Butler D. A reflective analysis of medical education research on self regulation in learning and practice. *Medical Education*. 2012, 46(1):71-79.
- 2 Leggett H., Sandars J., & Roberts T. Twelve tips on how to provide self-regulated learning (SRL) enhanced feedback on clinical performance. *Medical teacher*. 2017, 1-5.

Trefwoord: Medical education: Undergraduate education, Curriculum: All

Wijze van presentatie: Praktijkpapier

A. Damstra¹, I. Acem²

¹De Geneeskundestudent

Context/probleemstelling of aanleiding

In 2012 heeft het ministerie van OCW de instroom in de Geneeskundeopleiding verhoogd van 2.850 naar 3.050 studenten per jaar vanwege een verwachte toename in de vraag naar geneeskundige specialisten¹. In 2013, 2016 en 2018 heeft het capaciteitsorgaan het ministerie van OCW geadviseerd om de instroom echter weer te verlagen. Tot op heden is dit nog niet gebeurd. Als gevolg van de toename van de instroom blijkt 70% van de geneeskundestudenten gemiddeld 6 maanden wachttijd te hebben voordat ze aan hun coschap kunnen beginnen². Daarnaast hebben steeds meer faculteiten moeite om voldoende coschapplekken te regelen voor alle studenten. Als oplossing voor dit capaciteitsprobleem willen en hebben sommige faculteiten enkele verplichte coschappen afgeschaft. Wij onderzochten of geneeskundestudenten gevolgen ervaren van de toegenomen instroom en wat geneeskundestudenten van de afschaffing van enkele verplichte coschappen vinden.

Beschrijving van de interventie/innovatie

In de periode van 18 november 2018 tot 14 januari 2019 werd een anonieme enquête met 78 vragen verspreid onder 14.733 Geneeskundestudenten. Hierin zijn zes vragen opgenomen over de ervaring van geneeskundestudenten met het aantal geneeskundestudenten binnen de opleiding. Daarnaast zijn er vragen gesteld over de mening van studenten betreffend de wachttijden in aanvang van de coschappen.

Ervaringen/analyse van de implementatie

Van de 3352 studenten die de enquête volledig hebben ingevuld, vindt 36,8% van alle geneeskundestudenten dat er te veel geneeskundestudenten zijn. Het landelijke percentage dat problemen ervaart vanwege het aantal geneeskundestudenten is 30,0% voor studenten die geen coschappen lopen en 48,1% voor studenten die coschappen lopen of hebben gelopen. Daarbij geeft 56,9% van de coassistenten aan te weinig te kunnen doen, omdat er te veel coassistenten op een afdeling zijn. Bovendien wordt de onvrijwillige wachttijd in aanvang van de coschappen door 48,4% van de geneeskundestudenten beoordeeld als een slechte zaak, ongeacht de duur van de wachttijd. Van de geneeskundestudenten vindt 50% dat de wachttijden niet langer dan 3 maanden mag duren. Tot slot blijkt dat 80,1% van alle studenten de afschaffing van verplichte coschappen een slechte zaak vindt.

Lessons learned (implicaties voor de praktijk)

In 2012 is de instroom in de geneeskundeopleiding verhoogd naar 3050 studenten per jaar. Uit de enquête is gebleken dat geneeskundestudenten vooral negatieve gevolgen ervaren van het capaciteitsprobleem in aanvang van en tijdens de coschappen door de wachttijden en het aantal studenten tijdens de coschappen. Ruim 80% vindt het een slechte zaak dat verplichte coschappen worden afgeschaft om dit capaciteitsprobleem op te lossen. Daarom adviseert De Geneeskundestudent dat er gezocht moet worden naar andere oplossingen voor het capaciteitsprobleem, zoals het verlagen van de instroom conform het advies van Het Capaciteitsorgaan.

Referenties

1 Opleidingsreservoir basisartsen, doorrekening 7 scenario's, 2018, Het Capaciteitsorgaan

2 Monitor Beleidsmaatregelen 2017-2018, ResearchNed

Trefwoord: Curriculum: General, Students/Trainees: General

Wijze van presentatie: Praktijkpapier

D11.2 / Blue room

Levert peer-assisted learning een effectief leerrendement tijdens een coschap anesthesiologie?

M.W. van Hasselt, L.C. Woltjes, J.P. van den Berg, M.J. van der Laan, J.K.G. Wietasch
UMC Groningen

Context/probleemstelling of aanleiding

Gedurende de masterfase van de opleiding geneeskunde lopen studenten coschappen met het doel zich meerdere CANMED-competenties in de klinische praktijk eigen te maken.¹ Peer-assisted learning (PAL) waarbij studenten van én met elkaar leren kan een bijdrage leveren aan het concretiseren van deze competenties en biedt zowel studenten als begeleiders de kans om leerdoelen op het eigen niveau te behalen.² Met deze wetenschap is het coschap anesthesiologie in het UMCG opnieuw vormgegeven. Deze praktijkpaper beschrijft hoe PAL in het coschap is geïntegreerd en in welke mate de vooropgestelde leerdoelen behaald worden.

Beschrijving van de interventie/innovatie

Coassistenten lopen één week verdiepingsstage op de afdeling anesthesiologie als onderdeel van het coschap heelkunde. Tegelijkertijd volgen bachelorstudenten een verkenningsstage anesthesiologie. Voorafgaand aan de stages ontvangen alle studenten de leerstof. Hierin wordt onderscheid gemaakt tussen de bachelor- en masterstudenten. De stagedagen bestaan uit individueel meelopen met een anesthesieteam op het operatiecomplex en een gezamenlijk reflectiemoment waarin leermomenten worden gedeeld en leervragen worden besproken. Dit vindt plaats onder begeleiding van een getrainde arts-assistent anesthesiologie. Toetsing is formatief en gebaseerd op dagelijkse praktijkbeoordelingen. Studenten ontvangen na de stageweek een uitgebreid evaluatieformulier met onder andere vragen over leerstijl, verwachte leerdoelen, behaalde leerdoelen en verbeterpunten.

Ervaringen/analyse van de implementatie

In de periode van oktober 2018 t/m februari 2019 hebben 115 studenten een stageweek bij de anesthesiologie gevolgd. Het evaluatieformulier werd geretourneerd door 74 studenten (64%), waarvan 37 bachelor- en 37 masterstudenten. De stage werd door zowel bachelor- als masterstudenten met een gemiddeld cijfer van 7.6 als positief beoordeeld. Om de effectiviteit van de stage te evalueren werden de vooraf opgestelde leerdoelen met zowel de verwachte leerdoelen als de behaalde leerresultaten van de student vergeleken. De leerdoelen en leerresultaten zijn ingedeeld volgens de CANMED-competenties, waarbij medisch handelen is gesplitst in kennis en kunde. De studenten stelden zichzelf voornamelijk doelen op medisch handelen. Bachelorstudenten richtten zich op kennis, terwijl masterstudenten zich op zowel kennis als kunde hebben gericht. De gerapporteerde leerresultaten bleken veelzijdiger, waarbij ook andere CANMED-competenties zoals communicatie, samenwerking en professionaliteit werden beschreven.

Lessons learned (implicaties voor de praktijk)

Het toepassen van PAL in een klinische stage met bachelorstudenten, masterstudenten en arts-assistenten was succesvol en het beoogde leerrendement werd bereikt. Deze stage heeft bijgedragen aan de verbreding van het inzicht van de studenten en is zeer geschikt om verschillende CANMED-competenties geïntegreerd te leren. Uit onze analyse konden ook waardevolle verbeterpunten worden gehaald, zoals een wens voor een vaste begeleider op het operatiecomplex. Daarnaast bleek het voorbereidend onderwijs wisselend beoordeeld waarvoor nu een e-learning wordt ontwikkeld.

Referenties

- 1 Frank, J.R. The CanMEDS 2005 Physician Competency Framework.
- 2 Hermann-Werner A. et al. *Z. Evid. Fortbild. Qual. Gesundh. Wesen.* 2017;121:74-81

Trefwoord: Learning outcomes: All, Teaching & learning: Collaborative/peer-to-peer, Medical education: Undergraduate education

Wijze van presentatie: Praktijkpaper

A.D. Pieterse¹, F. Luk¹, E.C. Hamoen¹, T.F. Ginn², P.G.M. Jong¹, B.P. Hierck¹, M.E.J. Reinders¹
¹LUMC,²Universiteit Leiden

Context/probleemstelling of aanleiding

Coassistenten die gaan starten in de kliniek voelen zich vaak onvoldoende voorbereid op deze transitie. Ze voelen zich onzeker over verwachtingen op de werkvloer, zoals professioneel gedrag en samenwerking met andere professionals.

Met 360° video's kan een authentieke virtual reality (VR)-leeromgeving worden gecreëerd en kan de student virtueel rondkijken in het ziekenhuis, en kennis maken met verschillende vormen van (on)professioneel gedrag. In dit abstract wordt de ervaring van LUMC-coassistenten met dit onderwijs beschreven.

Beschrijving van de interventie/innovatie

Twee VR-applicaties werden ontwikkeld voor het coassistentenonderwijs met als doel de studenten voor te bereiden op het werken op een verpleegafdeling en het leren omgaan met onprofessioneel gedrag. De coassistenten volgen onderwijs met deze applicaties in werkgroepen van maximaal 12 studenten. De eerste applicatie betreft een virtuele rondleiding over een verpleegafdeling, waarbij de kijker op onderzoek uitgaat en leert over zorgprofessionals, hun samenwerkingsverbanden en de functies van diverse ruimtes. De coassistent krijgt in elke ruimte informatie via een voice-over, en heeft de mogelijkheid om extra informatie op te roepen door te kijken naar 'hotspots'.

In de tweede applicatie bevinden studenten zich in een patiëntenkamer op de verpleegafdeling, waar op dat moment visite wordt gelopen (gesimuleerd door acteurs). De studenten worden geconfronteerd met diverse vormen van onprofessioneel gedrag. De coassistenten krijgen de opdracht om dit gedrag te herkennen én te oefenen de persoon hierop aan te spreken.

Nadien vindt er een groepsdiscussie plaats geleid door een docent, waarbij vragen en onzekerheden over de start op de verpleegafdeling besproken worden, en gediscussieerd wordt over onprofessioneel gedrag.

Ervaringen/analyse van de implementatie

Na afloop werden de coassistenten gevraagd om een anonieme enquête in te vullen (n=127) betreffende hun ervaringen met VR-onderwijs. Voor 60% bleek dit de eerste ervaring met een VR-bril. Als positieve punten werden genoemd: leerzame ervaring, realistisch, immersief en de mogelijkheid om 360° rond te kijken. Als negatieve punten werden genoemd: (milde) fysieke klachten, beeldscherpte, disconnectie tussen lichaam en zintuigen, en afgeleid worden doordat men collega's hoorde praten. De meeste studenten evalueerden 360° VR als een goed (54%) tot uitstekend (32%) leermiddel. 43% van de coassistenten had fysieke bijwerkingen, zoals misselijkheid, duizeligheid, hoofdpijn en desoriëntatie. In de meeste gevallen waren de klachten mild, soms was er erge misselijkheid (9.5%) of hoofdpijn (n=1). Er werd tussentijds één applicatie technisch verbeterd met als doel om het aantal klachten te verminderen.

Lessons learned (implicaties voor de praktijk)

360° VR biedt de mogelijkheid om op veilige wijze te leren in een authentieke klinische setting. Ondanks dat een aanzienlijk deel van de kijkers (milde) fysieke klachten ervaart, raadt een meerderheid VR aan als leermiddel.

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

Wijze van presentatie: Praktijkpaper

D11.4 / Blue room

Transitie naar het leven als coassistent: betere praktijkvoorbereiding door geanimeerde video en online discussie

W. Zondag, A.D. Pieterse, F. Luk, E.C. Hamoen, M.E.J. Reinders
LUMC

Context/probleemstelling of aanleiding

De transitie van geneeskundestudent naar coassistent kent veel uitdagingen omdat studenten voor het eerst in de klinische praktijk van het ziekenhuis werken. Voorbeelden van nieuwe uitdagingen zijn: samenwerking met andere zorgprofessionals, confrontatie met lijden van patiënten en omgaan met werkdruk. Als coassistenten zich onvoldoende voorbereid voelen, kan dit leiden tot overmatige stress en angstklachten.¹ Hierdoor kan het langer duren voordat ze zich kunnen richten op hun medisch inhoudelijke leerdoelen. Wij willen coassistenten beter voorbereiden op de coschappen door een video aan te bieden die een inkijkje geeft in het leven als coassistent met een bijpassende online discussieforum opdracht.

Beschrijving van de interventie/innovatie

In het kader van "blended learning" wordt gebruik gemaakt van een e-learning, die deel uitmaakt van een small private online course, gevolgd door klassikale terugkoppeling. Tijdens de eerste week van het Introductiecoschap kijken de coassistenten een geanimeerde video over het leven als coassistent. De video volgt een coassistent op een dag in het ziekenhuis en geeft een inkijkje in bepaalde aspecten van het leven als coassistent, zoals attitude, taken, dagindeling en praktische zaken. Na het kijken van de prikkelende video starten de coassistenten een discussie op het online forum over een aspect van het leven als coassistent waarop ze zich onvoldoende voorbereid voelen. Vervolgens krijgen ze feedback van elkaar, van meer ervaren coassistenten en van een mentor. Tijdens een plenair onderwijsmoment worden onderwerpen uit de online forumdiscussie nabesproken en is er gelegenheid voor discussie onderling en met de docent. In maart 2019 werd dit project gestart in een groep van 21 coassistenten.

Ervaringen/analyse van de implementatie

De video werd door alle coassistenten (N=21) bekeken. Het discussieforum was drukbezocht: elke coassistent heeft een vraag gesteld en gemiddeld hebben ze twee maal op een collega gereageerd. De vragen waren vooral praktische van aard. Onderwerpen waarover ze discussieerden waren: organisatie (rol en zitplaats van coassistenten tijdens de overdracht), verantwoordelijkheid (verantwoordelijkheid voor zieke patiënten) en praktische zaken (regelen van een witte jas). Ze vonden het lastig zich kwetsbaar op te stellen op het forum, omdat ze hun cogroepgenoten nog niet goed kenden. In het afsluitende plenaire moment met de mentor durfden ze meer van hun onzekerheden bloot te geven.

Lessons learned (implicaties voor de praktijk)

Door de video en bijhorende discussie kunnen coassistenten beter voorbereid worden op de coschappen, waardoor er meer tijd is voor medische verdieping. De plenaire afsluiting met de mentor geeft de mogelijkheid om meer persoonlijke kwetsbare vragen te stellen die ze niet online durven te pomenen.

Referentie

1 Bosch J et al. **Medical students' preparedness for professional activities in early clerkships.**
BMC Med Educ 2017 Aug 22;17(1):140.

Trefwoord: Assessment: Peer assignment, Learning outcomes: Professionalism / attitude / ethics,
Learning outcomes: Clinical and practical skills

Wijze van presentatie: Praktijkpaper

R.R. de Jonge¹, M.C.L. Eijkelboom¹, I.E. Essenberg¹, S. van Agt²

¹UMC Utrecht, ²PWC

Context/probleemstelling of aanleiding

Patiëntenparticipatie heeft als doel het verbeteren van de gezondheidszorg, onderzoek en onderwijs. Door patiënten te betrekken bij het (vorm)geven van onderwijs beogen wij een brug te slaan tussen de perspectieven van de docenten, studenten en patiënten, waarmee ons onderwijs verbetert. De belangstelling voor patiëntenparticipatie wordt groter. Ook in het medisch onderwijs wordt de noodzaak voelbaar dat er geleerd kan worden van ervaringen van patiënten.

In het UMC Utrecht zijn de afgelopen tijd veel projecten in het medisch onderwijs geïnitieerd waarbij patiënten zijn betrokken. Deze initiatieven geven ons inzicht in de waarde van patiëntenparticipatie in het onderwijs en leveren praktische tips en trucs op .

Deze initiatieven zijn echter nog op kleine schaal en versnipperd over de verschillende opleidingen. We merken dat docenten behoefte hebben aan meer kennis over hoe je patiënten kunt betrekken in het (vorm)geven van onderwijs.

Om docenten handvatten te geven over de mogelijkheden van patiënteninzet in medisch onderwijs, praktische informatie over patiëntenparticipatie te verstrekken en docenten te inspireren en verbinden hebben we een boek samengesteld met tien voorbeelden van patiëntenparticipatie in het onderwijs.

Beschrijving van de interventie/innovatie

Voor de samenstelling van het boek hebben we tien projecten geselecteerd waarbij een patiënt betrokken was. Bij de selectie speelde de mate van betrokkenheid van de patiënt, het type onderwijs en de opleiding mee. Van elk project is een docent, patiënt en student geïnterviewd. Deze perspectieven geven inzicht in de drijfveren, uitdagingen, hindernissen en succesfactoren en leiden tot tips en trucs die houvast kunnen bieden voor het ontwikkelen van nieuw onderwijs met patiënten.

De andere hoofdstukken in het boek bestaan uit 1) een theoretisch kader. Hier geven we aan de hand van verzamelde literatuur inzicht in het waarom van patiëntenparticipatie, de positieve bijdrage aan het onderwijs, de essentiële elementen van patiëntenparticipatie en de rollen van de patiënt in het onderwijs; 2) handleiding met tips en trucs en 3) een lijst met informatieve websites.

Ervaringen/analyse van de implementatie

Met dit boek beogen we meer bekendheid te creëren over de mogelijkheden van patiënteninzet in het onderwijs. Daarnaast hopen we meer docenten te inspireren om samen met patiënten het onderwijs vorm te geven. Het boek zal bijdragen aan het realiseren van een community van docenten en patiënten die, samen met studenten, hun kennis en vaardigheden delen over patiëntenparticipatie in het onderwijs.

Lessons learned (implicaties voor de praktijk)

Het boek zal eind september klaar zijn voor disseminatie onder docenten.

Trefwoord: Teaching & learning: Books/journals, Learning outcomes: Clinical and practical skills

Wijze van presentatie: Praktijkpapier

Geneeskunde studenten ontwikkelen kennisclips voor patiënten in samenwerking met patiënten en communicatie studenten

M. Kalee¹, M.C.L. Eijkelboom¹, J.J. van Wijngaarden¹, W.D. Schot², J. Frenkel¹

¹UMC Utrecht, ²Universiteit Utrecht

Context/probleemstelling of aanleiding

Door de komst van het internet is medische informatie makkelijker beschikbaar dan ooit tevoren. Deze toegang tot medische informatie stelt patiënten in staat om de regie over hun eigen gezondheid te voeren. Echter, de betrouwbaarheid van online medische informatie is moeilijk te beoordelen en de hoeveelheid kan overweldigend zijn. Artsen hebben nieuwe communicatievaardigheden nodig om hun patiënten te helpen in deze digitale samenleving. Het is belangrijk dat ze leren hoe ze patiënten goed kunnen informeren zowel binnen als buiten de spreekkamer.

Beschrijving van de interventie/innovatie

De Universiteit Utrecht heeft een nieuwe cursus ontwikkeld, genaamd CLIKCS: Cocreating onLine Information Knowledge Clips for Society. De cursus duurt 6 weken. Tijdens de cursus ontwikkelen geneeskunde studenten in duo's patiëntinformatie in de vorm van een online kennisclip. Dit doen ze in samenwerking met een patiënt en een student van Communicatie en informatiewetenschappen (CIW). De patiënt bepaalt het onderwerp van de kennisclip en geeft de studenten advies en feedback over de kennisclip. De CIW studenten geven advies over hoe informatie het best audiovisueel gecommuniceerd kan worden en voeren een doelgroeponderzoek uit. Het doel van deze cursus voor de geneeskunde student is dat zij leren patiënten te informeren via schrift, beeld en geluid en dat ze leren samenwerken met patiënten en studenten van een andere opleiding. Deze studie onderzoekt welke aspecten van de cursus bijdragen aan de ontwikkeling van de communicatievaardigheden die de geneeskunde studenten nodig hebben om patiënten goed te informeren.

Ervaringen/analyse van de implementatie

In februari 2019 hebben twaalf zesdejaars geneeskunde studenten, zes patiënten en drie CIW studenten deelgenomen aan de pilot van de CLIKCS cursus. Of en hoe de geneeskunde studenten hun communicatievaardigheden verbeteren tijdens de cursus wordt onderzocht met de volgende methodes: (1) analyse van audio-opnames van de gesprekken tussen de geneeskunde studenten, patiënten en CIW studenten, (2) analyse van de storyboards en de kennisclips die de studenten creëren tijdens de cursus, en (3) semigestructureerd interviews met studenten en patiënten. De onderzoeksresultaten worden gepresenteerd en besproken op het congres.

Lessons learned (implicaties voor de praktijk)

Het maken van audiovisuele patiëntinformatie is een nieuwe vaardigheid voor geneeskunde studenten. Begeleiding hierin is belangrijk en de CIW studenten zijn goed in staat deze begeleiding te leveren. De actieve bijdrage van patiënten in dit onderwijs is essentieel voor het ontwerpen van geschikte en passende patiëntinformatie. De samenwerking tussen de patiënt en de student geeft de studenten nieuwe inzichten in de informatiebehoefte en het perspectief van de patiënt.

Trefwoord: Learning outcomes: Communication skills, Curriculum: Inter-professional

Wijze van presentatie: Praktijkpaper

D12.3 / van Walsum room

De patiënt, student en professional als lerende en gelijkwaardige partners binnen het concept van Welearn in de minor humane embryologie

I.A.L.M. van Rooij, J.M.T. Draaisma, J.M. Geelen, A.M. Schijvens, C.R.M.G. Fluit, T.W. Vijn
Radboudumc

Context/probleemstelling of aanleiding

Welearn in humane embryologie is onderdeel van een 20 weken durende gezamenlijke minor voor 3e-jaars studenten geneeskunde en biomedische wetenschappen. Het overkoepelende leerdoel is het kunnen plaatsen van een specifieke aangeboren afwijking, inclusief behandelingen en wenselijkheid en noodzaak van wetenschappelijk onderzoek, in de context van de patiënt en zijn/haar ouders.

Beschrijving van de interventie/innovatie

In het studiejaar 2017/2018 is het concept Welearn geïntroduceerd in de minor humane embryologie. De uitgangspunten van Welearn staan centraal in het programma: persoonsgerichtheid, perspectief-wisseling, gelijkwaardigheid, samen leren door samen te doen, zelfgestuurde leeromgeving, transfer naar praktijk en inter-professioneel leren. In Welearn ontmoeten studenten (n=29), (ouders van) patiënten met een aangeboren afwijking (n=10), een kinderarts en wetenschappelijk onderzoekers elkaar. Twee tot drie studenten worden gekoppeld aan een patiënt en/of ouder(paar). Er zijn drie groepsessies met de thema's: 1) introductie, 2) communicatie en onderzoek, en 3) ervaringen. Tevens zijn er individuele contacten met de patiënt thuis en, indien mogelijk, tijdens een ziekenhuisbezoek en/of een lotgenotendag. Het doel is om persoonsgerichte zorg te verbeteren, van elkaar te leren en een onderzoeksvoorstel te ontwikkelen, geïnspireerd op een vraag van patiënten/ouders

Ervaringen/analyse van de implementatie

Het programma werd geëvalueerd met evaluatieformulieren van alle deelnemers na iedere groepsessie en er werden focusgroep interviews gehouden met patiënten/ouders (n=3), studenten (n=3) en professionals (n=2). De groepsessie 'introductie' werd in zijn algemeenheid gewaardeerd met de score 8 op een 10-punts Likertschaal, de sessie 'communicatie en onderzoek' kreeg een 7,3 van studenten en patiënten/ouders en een 8,5 van professionals. De laatste sessie 'ervaringen' scoorde een 7,1 (studenten), 6,8 (patiënten-/ouders) en een 8,3 (professionals). In het studiejaar 2018/2019 waren de studentscores respectievelijk 7,8, 7,3 en 7,4. In zijn algemeenheid werd het programma gewaardeerd met een 4,1 op een schaal van 5, zowel door studenten als patiënten/ouders en professionals. Perspectiefwisseling, gelijkwaardigheid en persoonsgerichtheid werden benoemd als positieve punten tijdens de evaluaties en focusgroep interviews. Punten ter verbetering waren: management van verwachtingen, wens tot een meer concreet framework en een aantal praktische verbeterpunten wat betreft de plaats en de tijd voor discussie tijdens de groepsessies, waardoor de waardering van de laatste twee groepsessies iets lager waren dan de eerste.

Lessons learned (implicaties voor de praktijk)

De meeste uitgangspunten van Welearn zijn ruim aan bod gekomen, maar studenten hadden moeite met het opereren in een zelfgestuurde leeromgeving. Ze vroegen om meer structuur en instructie. Ook de patiënten/ouders hadden liever een meer concreet framework. Concluderend is het Welearn programma waardevol voor zowel studenten als patiënten/ouders en professionals. Het bij elkaar brengen van deze groepen in een veilige, persoonlijke, zelfgestuurde leeromgeving levert een unieke uitwisseling van attitude, kennis en ervaringen op.

Trefwoord: Teaching & learning: Collaborative/peer-to-peer, 64. Medical education: General,

Wijze van presentatie: Praktijkpaper

Leren uit patiëntcontacten: geen vanzelfsprekendheid?

M.H.M. Verkooijen, M. van den Hurk, P.J. van Gorp, J.J. Koksma
Radboudumc

Context/probleemstelling of aanleiding

In het Nijmeegse geneeskundecurriculum zelfsturend leren en persoonsgerichte zorg belangrijke uitgangspunten. Vanaf het eerste jaar van de bachelor participeren studenten in patiëntcontactonderwijs – Student meets Patient (SmP) - waarbinnen zij kunnen leren echt contact te maken met patiënten, patiëntenperspectieven verkennen en kennis maken met diverse afdelingen en zorgpraktijken binnen en buiten het ziekenhuis. In samenhang met dit vroege patiëntcontactonderwijs kunnen zij hun persoonlijke leiderschapskwaliteiten ontwikkelen.

Beschrijving van de interventie/innovatie

In het eerste jaar spreken studenten bijna wekelijks een uur met een patiënt, van verschillende disciplines, in het tweede jaar maken zij kennis met vertegenwoordigers van patiëntverenigingen. Vanaf het vierde semester gaan zij, gedurende een jaar, elke drie weken zelf op een polikliniek in een niet-universitair ziekenhuis met patiënten in gesprek, waar zij een eenvoudige anamnese en deel van een lichamenlijk onderzoek uitvoeren.

In een tweetal focusgroepen zijn een tiental studenten van de verschillende bachelorjaren met elkaar in gesprek gegaan over SmP. De interviewguide hiervan was gericht op motivatie en persoonlijk leiderschap in relatie tot patiëntcontacten.

Ervaringen/analyse van de implementatie

De resultaten laten een verschil in opvattingen van eerste- en ouderejaars studenten zien. De waardering van eerstejaars studenten is wisselend, en lijkt afhankelijk van hun beeld over de onderwijsorganisatie. Zij geven aan dat onduidelijkheid over keuzemogelijkheden en planning demotiverend werkt. Ook geven enkelen aan dat er te veel SmP momenten zijn en lijken daarbij leerkansen op het gebied van persoonsgerichte zorg en patiëntperspectief over het hoofd te zien. De studenten waarderen SmP het meest als naast tijd voor de patient, ook medische inhoud aan bod komt, in bijvoorbeeld een voor- en nabespreking door de begeleidende arts.

Eerstejaars studenten laten zien nog weinig besef hebben van de mogelijkheden van persoonlijk leiderschap binnen de patiëntcontacten. Misconcepties van zelfsturend leren spelen hierbij wellicht een rol, bijvoorbeeld dat zelfsturend leren wordt opgevat als keuzevrijheid binnen het onderwijsaanbod. Ouderejaars studenten zien het belang van vroeg patiëntcontact voor hun ontwikkeling als dokter, en benadrukken ook dat je daartoe zelf initiatief moet leren nemen, zowel waar het gaat om de medische inhoud in engere zin als over de volle professionele breedte. Terugkijkend op eerder SmP onderwijs, geven de studenten aan toen een 'open blik' te hebben ontwikkeld.

Lessons learned (implicaties voor de praktijk)

Concluderend blijkt dat door het hebben van patiëntcontacten vanaf het eerste jaar studenten gedurende hun bacheloropleiding leren contact te leggen met patiënten, en de mens achter zijn ziekte te zien. Het is niet vanzelfsprekend dat dit meteen vanaf het eerste jaar geleerd wordt, maar dat waardering van dit type onderwijs samenhangt met de ervaren leeromgeving in de context van het bredere curriculum en studentconcepties van leren, zorg en patiëntcontacten.

Trefwoord: Curriculum: General, Learning outcomes: Leadership skills, Learning outcomes: Life-long learning

Wijze van presentatie: Praktijkpapier

Bruggenbouwers gezocht: een ervaringsgerichte training in het omgaan met diversiteit

W. Ang, L. Verpooten, K. Bombeke
Universiteit Antwerpen

Thema

Diversiteit is één van de belangrijkste en meest uitdagende topics in het klinisch werk. Daarom is het heel belangrijk om hieraan de nodige aandacht te schenken tijdens het medisch onderwijs. Aan de Universiteit Antwerpen is een integratieve lijn Arts en Maatschappij uitgewerkt en sinds 2011 wordt binnen het communicatieonderwijs een specifieke ervaringsgerichte diversiteitstraining gegeven. Er wordt gebruik gemaakt van drie (visuele) metaforen die het bewustzijn van studenten rond diversiteit aanscherpen en die ook als houvast gebruikt kunnen worden in de dagdagelijkse praktijk. Deze metaforen worden geïntroduceerd m.b.v. ervaringsgerichte oefeningen. De caleidoscoop (1) is de metafoor voor de verschillende dimensies van identiteit. De ijsberg (2) is de metafoor voor het referentiekader van jezelf en van de ander. Het communicatiekompas (3) visualiseert de wisselwerking tussen jezelf en de ander op een dynamische manier.

In 2016 werd een pilootproject kwalitatief onderzoek gestart waarbij we de mogelijke impact van de training op het bewustzijn/attitude naar diversiteit toe vanuit het perspectief van de medische studenten bestuderen. De resultaten laten duidelijk de kracht van de ervaringsgerichte benadering zien en de zinvolheid van het gebruik van de drie metaforen.

In deze interactieve workshop wordt zowel de inhoud van de training getoond als de specifieke onderwijskundige methodiek belicht.

Doel

Deelnemers zullen na deze ervaringsgerichte en actieve training:

- 1) De verschillende dimensies van identiteit leren kennis en toepassen
- 2) De drie metaforen inzetten om (zelf)bewustzijn rond diversiteit aan te scherpen
- 3) Deze onderwijskundige tools leren gebruiken voor de klinische en onderwijskundige praktijk

Doelgroep

Dokters, studenten, hulpverleners, docenten,

Opzet: activiteiten en opbrengst

Door ervaringsgerichte oefeningen en interactieve methodieken maken de deelnemers kennis met de drie metaforen: het kaartspel 'Caleidoscopia' in kleine groepen; een verhaal dat ieders meer of minder bewuste referentiekaders explicieter maakt; foto- en videomateriaal; doorspreken van casussen in kleine groepen gevolgd door plenaire discussie. De deelnemers krijgen handouts mee.

Referenties

1 caleidoscopia.nl

2 Ang, W., & Verpooten, L. (2016). Cultuursensitieve zorg: Hoe doe je dat? *Huisarts Nu*, 45 (3).

3 Maex, E., & De Valck, C. (2006). Key elements of communication in cancer care. In F. Stiefel (Ed.), *Communication of Cancer Care* (pp. 1-6). Springer-Verlag Berlin Heidelberg.

Max aantal deelnemers: 25

Trefwoord: Learning outcomes: Communication skills, Medical education: General, Learning outcomes: Communication skills

Wijze van presentatie: Workshop

K.R. Timmermans¹, A.D. Diemers², A. Verhoef³, J.M.E. van Bruggen⁴

¹Amsterdam UMC loc. AMC, ²UMC Groningen, ³ACTA, ⁴UMC Utrecht, namens Werkgroep Docentprofessionalisering

Thema

Een van de thema's binnen de werkgroep docentprofessionalisering van de NVMO is een carrièreperspectief voor docenten/opleiders.

Een carrièreperspectief op basis van onderwijsprestaties dat net zo gewaardeerd wordt als een onderzoeks- of andere academische carrière, zal er mogelijk voor zorgen dat docenten/opleiders meer prioriteit aan onderwijs kunnen geven en zich meer gewaardeerd voelen. Hoewel de kwaliteit van onderwijs en opleiden voor een belangrijk deel wordt bepaald door de kwaliteit van docenten en/of opleiders, krijgt onderwijs vaak niet de prioriteit die het verdient, doordat het slechts een klein deel uitmaakt van het omvangrijke takenpakket van een docent/opleider. Door een carrièreperspectief voor onderwijs te bieden, kan mogelijk uiteindelijk de onderwijskwaliteit verbeterd worden.

Het Career Framework for University Teaching van de Royal Academy of Engineering (Ruth Graham, UK) biedt handvatten voor het vormgeven van een onderwijscarrière. Hier worden vier niveaus onderscheiden:

1. Effective teacher
2. Skilled & collegial teacher
3. Institutional leader in teaching & learning / Scholarly teacher
4. National / global leader in teaching & learning

Aan deze niveaus kunnen via diverse vormen van professionalisering stadia in een onderwijscarrière worden gekoppeld. Hierdoor krijgt de onderwijscarrière een duidelijke structuur en status.

Doel

Aan het einde van deze rondetafelbijeenkomst hebben de deelnemers aanbevelingen geformuleerd voor een loopbaancarrière voor studenten, aios, docenten en opleiders in het medisch onderwijs.

Doelgroep

Docenten, opleiders, studenten, aios, onderwijskundigen, beleidsmedewerkers en HR medewerkers.

Opzet: activiteiten en opbrengst

Tijdens de rondetafelbijeenkomst lichten we het Career Framework for University Teaching toe. Daarna gaan we op basis van stellingen met elkaar in discussie op welke manier zo'n framework een ondersteunende rol kan bieden voor het waarderen en stimuleren van een onderwijscarrière. We willen hierbij de volgende vragen bespreken:

Wat kan een carrièrepad in het medisch onderwijs opleveren?

Aan welke voorwaarden zou het pad moeten voldoen?

Voor wie zou het mogelijk moeten zijn?

Welke rol speelt faculty development in het medisch onderwijs. Is dit anders bij een niet-medische opleiding?

Op welke manier kunnen studenten en aio's voorsorteren op een carrière in medisch onderwijs?

Wat voor rol speelt HRM bij het ontwikkelen van een carrièrepad?

Op deze en andere vragen zoeken we samen antwoorden, die we vervolgens ook mee zullen nemen bij het verder uitwerken van dit **Thema** in de werkgroep docentprofessionalisering.

Referentie

1 Graham, R. 2018. *The Career Framework for University Teaching: background and overview*. Royal Academy of Engineering, London, UK.

Max aantal deelnemers: 30

Trefwoord: Teachers/Trainers: Faculty/Staff development, Teachers/Trainers: Recognition / Promotion / Tenure, Education Management: Change

Wijze van presentatie: Rondetafel sessie

M.N.D. Groen, E.S.M. van Aken, S. Sandkuyl
De Geneeskundestudent

Thema

Tijdens deze sessie zullen we in gesprek gaan over beroepskeuze en loopbaanbegeleiding voor geneeskundestudenten. Er is namelijk veel twijfel onder geneeskundestudenten omtrent beroepskeuze. Uit de meest recente enquête (2018-2019) van De Geneeskundestudent blijkt dat 66% van de geneeskundestudenten twijfelt over het kiezen van de juiste vervolgopleiding. De helft (50%) van de studenten ervaart hier ook stress bij. Ondanks dat coschappen voor 49% van de geneeskundestudenten voldoende helpen bij het maken van een weloverwogen beroepskeuze, blijkt de informatie en de hulpmiddelen die de geneeskundeopleidingen aanbieden niet toereikend. Slechts 26% van de geneeskundestudenten vindt dat de opleidingen hierin voldoende bieden, terwijl 73% vindt dat de opleidingen verantwoordelijk zijn voor het faciliteren van een weloverwogen beroepskeuze. Naast een groter aanbod aan aanvullende korte coschappen en meeloopdagen, geven geneeskundestudenten aan dat persoonlijke loopbaanbegeleiding en werkinhoudelijke informatie meer prioriteit moeten krijgen.

Doel

Het doel van de sessie is om met studenten, artsen en opleiders in gesprek te gaan over de oorzaken van deze behoefte aan meer loopbaanbegeleiding en over hoe we studenten beter kunnen voorzien in hun behoefte aan loopbaanbegeleiding. De uitkomst van deze rondetafelsessie geeft ons een beter inzicht in hoe we studenten kunnen helpen vanuit De Geneeskundestudent en onze partners, mogelijk door het organiseren van workshops of bijeenkomsten. Het zal tevens dienen als basis om het gesprek aan te gaan met faculteiten over de implementatie van innovaties op het gebied van loopbaanontwikkeling.

Doelgroep

Docenten, opleiders, studieloopbaanbegeleiders, geneeskundestudenten, beleidsmedewerkers, iedereen die betrokken is bij het coachen van geneeskundestudenten.

Opzet: activiteiten en opbrengst

- De eerste 10 minuten bestaan uit het toelichten van de enquêteresultaten met aansluitend 5 minuten voor vragen/discussie over de presentatie.
- Daarna zal gedurende 40 minuten de discussie aangegaan worden over meerdere stellingen rond het thema beroepskeuze en loopbaanbegeleiding. Er worden vijf groepen gemaakt van vijf personen per groep waarin de stellingen onderling besproken worden. Deze stellingen zullen aanzetten tot een multidisciplinaire discussie en brainstormsessie. Daarbij zullen we spreken over de omvang van het probleem, de huidige status van loopbaanbegeleiding op medische faculteiten en vervolgens hoe we deze begeleiding beter bij de behoeften van geneeskundestudenten aan kunnen laten sluiten.
- De laatste 20 minuten zijn bestemd voor terugkoppeling van de resultaten. Per stelling wordt de input van de vijf verschillende groepen gedeeld, waardoor iedereen elkaars ideeën hoort. Hierbij notuleert één van de moderatoren de samenvatting per stelling, zodat er een inzichtelijk document ontstaat met antwoorden op de stellingen.

Max aantal deelnemers: 25

Trefwoord: Students/Trainees: Career choice, Curriculum: All, Students/Trainees: Stress

Wijze van presentatie: Rondetafel sessie

D16 / Goudriaan room I

Onderhandelen voor coassistenten

J.J.S. van de Kreeke, C.A. Both
Amsterdam UMC loc. VUmc

Thema

Onderhandelen is een belangrijke vaardigheid voor artsen (in opleiding) die hoort bij samenwerken en leiding geven. Als je wederzijds afhankelijk bent van elkaar en tegelijkertijd (deels) verschillende belangen hebt, is onderhandelen een betere optie dan samenwerken, juist om die verschillende belangen recht te doen. Arts-assistenten zijn zich bewust van de waarde van onderhandelen. In een onderzoek naar hun behoefte aan scholing, geven zij onderhandelen de hoogste prioriteit[1]. Coassistenten zijn zich vaak nog niet zo bewust van hun onderhandelingsruimte, zij ervaren vooral hun afhankelijke positie. Toch werken coassistenten voortdurend samen in situaties waarin verschillende belangen een rol spelen. Hoe leiden we coassistenten op om als arts dagelijks leiding te kunnen geven aan de zorg voor de patiënt - in een zorglandschap waarin veel verschillende belangen bestaan? Amsterdam UMC, locatie VUmc, heeft onderwijs over leiderschap ontwikkeld en geïmplementeerd in de co-fase. Onderhandelen komt aan bod als workshop in een symposium (keuzeonderwijs van een dagdeel) over leiderschap. [1]

Doel

De deelnemers:
Krijgen inzicht in het belang van de vaardigheid onderhandelen
Volgen de workshop over onderhandelen uit de master
Doen ideeën op voor inpassing van dit thema in hun eigen curriculum

Doelgroep

Onderwijsontwikkelaars, docenten, studenten, coassistenten, aios, artsen

Opzet: activiteiten en opbrengst

Na een korte introductie wordt gestart met de workshop die bestaat uit drie oefeningen die steeds in tweetallen worden uitgevoerd. Als eerste oefening gaat elk tweetal met elkaar in onderhandeling. Aan de hand van deze oefening volgt een korte theoretische toelichting. Daarna volgt een tweede oefening waarin de belangen van de ander in een casus worden onderzocht. Aansluitend oefent het tweetal aan de hand van dezelfde casus met overtuigen en vragen stellen. Ten slotte wordt besproken welke inzichten de workshop oplevert en hoe onderhandelen verder in het onderwijs aan bod kan komen. De workshop maakt de deelnemers bewust van de waarde van onderhandelen in de samenwerking met anderen en levert nieuwe ideeën op voor het eigen onderwijs. Want: onderhandelen kan aan *diverse* meningen, visies en belangen recht doen.

Referentie

1 Management and leadership education for medical residents, Berkenbos 2014

Max aantal deelnemers: 24

Trefwoord: Learning outcomes: Leadership skills, Curriculum: Inter-professional

Wijze van presentatie: Workshop

'Flippen van de classroom': hoe doe je dat?

G.W.G. Spaai¹, K.R. Timmermans¹, A.J. Boeve², E.m. Bosnak¹, L. Loosveld³

¹Amsterdam UMC loc. AMC, ²Vrije Universiteit, ³Universiteit Maastricht

Thema

Activerende onderwijsmethodes hebben een positief effect op het leren van studenten. Flipping the classroom (FC) is een concept dat goed aansluit bij de principes van activerende onderwijsmethodes. In het FC concept wordt het klassieke onderwijs omgedraaid: de informatieoverdracht vindt in de zelfstudie plaats en de diepere verwerking van de stof vindt in het contactonderwijs plaats (Strayer, 2012).

Het FC concept kan positieve effecten hebben op het leren van studenten wanneer rekening gehouden wordt met de volgende ontwerpprincipes:

de voorbereidende zelfstudie is zo ingericht dat de student in staat is de te realiseren kennisdoelen zelfstandig te bereiken; het contactonderwijs is complementair ten opzichte van de zelfstudie en stelt studenten in staat eerder verworven kennis te verdiepen en toe te passen en is geënt op de principes van het constructivisme; interactie en feedback op inhoud en het leerproces van de student is goed ingebed.

Daarnaast is van cruciaal belang dat de docent wordt voorbereid op de andere rol die van hem gevraagd wordt, namelijk die van facilitator van het leerproces. Ook van de student wordt een andere rol gevraagd. Het grootste verschil met het traditionele onderwijsconcept is dat de student meer de regie over zijn leerproces krijgt. Van belang is dat de student goed voorbereid wordt op deze andere rol. Tot slot vraagt de implementatie van een FC concept een goede afstemming met het overige onderwijs dat wordt aangeboden.

Doel

Doel van de workshop is om in interactie met de workshop deelnemers te komen tot handvatten waarmee deelnemers een traditionele cursus kunnen omzetten naar een flipped classroom. Daarbij is er veel aandacht voor de veranderende rol van de docent en de student.

Doelgroep

Docenten, onderwijsontwikkelaars, studenten.

Opzet: activiteiten en opbrengst

Opzet/Activiteit

- *Inleiding*. Een korte, inleidende interactieve presentatie waarin een toelichting wordt gegeven op het Flipped Classroom concept.

- *In subgroepen werken aan casuïstiek met aansluitend reflectie*. Subgroepen werken aan een casus waarin een traditionele cursus geflipt wordt. Aansluitend is er een plenaire nabespreking

- *Afsluiting*. Lessons learned in de workshop worden samengevat en in een breder perspectief belicht.

Opbrengst

Workshop deelnemers krijgen een 'take home message' met tips hoe een traditionele cursus om te zetten naar een flipped concept.

Referentie

1 Strayer, J.F. (2012). How learning in an inverted classroom influences, cooperation and task orientation. *Learning Environments Research*, 15(2), 171-193

Max aantal deelnemers: 20

Trefwoord: Curriculum: Student-centred, Teaching & learning: Blended learning, Teachers/Trainers: Roles of the teacher

Wijze van presentatie: Workshop

C.R. den Bakker, A.J. de Beaufort, P.H.A. Quax, F.W. Dekker
LUMC

Context/probleemstelling of aanleiding

Binnen de medische wereld volgen de ontwikkelingen elkaar snel op. Daarom moeten artsen hun kennis en vaardigheden voortdurend blijven ontwikkelen en wetenschappelijke literatuur kunnen gebruiken en verrijken. Zelfgestuurd, actief en autonoom leren zijn basisonderdelen voor een leven lang leren. Alle medische faculteiten in Nederland onderwijzen derhalve onderzoeksvaardigheden op een zelfgestuurde, actieve en autonome manier bestaande uit een minimaal vier maanden durende wetenschapsstage die grotendeels door studenten persoonlijk vormgegeven kan worden. Wereldwijd groeit – mede door het internationale tekort aan arts-onderzoekers – de belangstelling voor een dergelijke intra-curriculaire onderzoeksstage.¹ Hoewel wetenschapsstages een passende vorm bieden om bij te dragen aan een leven lang leren is het onbekend hoe studenten deze onderwijsactiviteit vormgeven. Deze studie brengt vormgeving en bijbehorende trends van tien jaar wetenschapsstage in kaart.

Beschrijving van de interventie/innovatie

Alle wetenschapsstages tussen 2008 en 2017 van 2329 Leidse geneeskunde studenten werden geanalyseerd. Data werd onderverdeeld in studentgegevens, stagegegevens en curriculumgegevens.

Ervaringen/analyse van de implementatie

De gemiddelde leeftijd van studenten die hun stage doen is 24 jaar en 33% is man. De meeste studenten (74.0%) verrichten hun stage in een academisch ziekenhuis. Eén op de tien stages vindt plaats in het buitenland, waarvan meestal de Verenigde Staten (27.0%). De meerderheid (66.4%) verricht patiëntgebonden onderzoek en 18.0% voert een laboratoriumonderzoek uit. Het aantal stages in publieke gezondheidszorg en eerstelijns geneeskunde is in tien jaar verdubbeld. Door de jaren heen wordt de stage steeds vaker na de co-schappen uitgevoerd. Daarnaast is bijna 80% van de eindverslagen Engelstalig, waar het merendeel tien jaar geleden Nederlandstalig was. De top vijf specialismen waar stage wordt gelopen is (1) kindergeneeskunde (10.3%), (2) interne geneeskunde (9.8%), (3) gynaecologie & verloskunde (8.7%), (4) heelkunde (8.7) en (5) publieke gezondheidszorg & eerstelijns geneeskunde (6.0%). Tot slot worden bij verlengde stages of buitenlandstages hogere eindcijfers behaald.

Lessons learned (implicaties voor de praktijk)

Wanneer studenten de regie over hun wetenschapsstage hebben, kiezen de meeste studenten voor een patiëntgebonden onderzoek in een academisch ziekenhuis. De keuze voor het specialisme komt overeen met de voorkeuren voor vervolgoopleidingen onder masterstudenten in Nederland.² Opvallend genoeg sluiten deze voorkeuren – op publieke gezondheidszorg en eerstelijns geneeskunde na – niet aan op de huidige maatschappelijke zorgvraag. Studenten zouden de stage in het zelf gekozen specialisme kunnen gebruiken ter loopbaanoriëntatie en verdere ontwikkeling binnen een vakgebied. Aandacht voor curriculaherzieningen zijn nodig om de discrepantie tussen studentvoorkeuren voor specialismen en maatschappelijke vraag te verkleinen. Daarnaast zou het waardevol zijn om – met het oog op een wereldwijd tekort aan arts-onderzoekers – de wetenschappelijke opbrengst van deze stage en eventuele optimalisatie hiervan te analyseren.

Referenties

- 1 Weaver AN et al. Impact of elective versus required medical school research experiences on career outcomes. *J Investig Med*. 2017;65(5):942–948
- 2 De Keuzemonitor Geneeskunde. *NIVEL*, maart 2015

Trefwoord: Curriculum: Evaluation of curriculum, Research in medical education: Training, Medical education: Undergraduate education

Wijze van presentatie: Poster

E.R. Bossema, J.W.B. Peters
Hogeschool van Arnhem en Nijmegen

Context/probleemstelling of aanleiding

Om de objectiviteit en betrouwbaarheid van de beoordelingen van het afstudeeronderzoeksverslag te verbeteren, maken opleidingen vaak gebruik van een tweede beoordelaar. Over de meerwaarde van dit 'vier ogen principe' hebben wij op het NVMO-congres van 2017 gepresenteerd. In een vervolgonderzoek is nagegaan op welke onderdelen van het afstudeeronderzoeksverslag de twee beoordelaars het minst overeenstemden.

Beschrijving van de interventie/innovatie

De onderzoeksgegevens bestonden uit de beoordelingen van het afstudeeronderzoeksverslag van studenten die tussen 2012 en 2016 waren gestart met de tweejarige duale masteropleiding 'Master Advanced Nursing Practice' (NLQF-niveau 7) aan de Hogeschool van Arnhem en Nijmegen. Deze beoordelingen betroffen een score voor de afzonderlijke onderdelen van het onderzoeksverslag ('Samenvatting', 'Inleiding', 'Probleem-, doel en vraagstelling', 'Methode', 'Resultaten', 'Discussie', 'Sterke en zwakke kanten', 'Conclusie', 'Aanbevelingen' en 'Onderbouwing en argumentatie') en daaruit berekend een cijfer voor het gehele onderzoeksverslag. In de genoemde opleiding stellen de onderzoeksbegeleider (de eerste beoordelaar) en een tweede beoordelaar hun beoordeling eerst onafhankelijk van elkaar vast en vervolgens de definitieve beoordeling middels consensus. Bij een onvoldoende van één van hen wordt een derde beoordelaar ingeschakeld, wiens beoordeling doorslaggevend is en met wie de definitieve beoordeling wordt vastgesteld. De mate van overeenstemming tussen de beoordeling van de eerste en van de tweede beoordelaar en tussen de twee beoordelaars in de definitieve beoordeling werd vastgesteld middels de 'intra-class correlation' (ICC).

Ervaringen/analyse van de implementatie

Er waren 172 onderzoeksverslagen die waren beoordeeld door 26 verschillende beoordelaars. Alle beoordelaars hadden ruime onderzoekservaring en bijna iedereen (96%) was gepromoveerd. Het gemiddelde cijfer van de eerste beoordelaar was 6.9 (SD 1.1), van de tweede beoordelaar 6.3 (SD 1.2) en van de definitieve beoordeling 6.6 (SD 1.1). De ICC tussen de cijfers van de eerste en tweede beoordelaars was 0.43 en tussen de cijfers van de twee beoordelaars in de definitieve beoordeling 0.73. De ICC was het hoogst voor de onderdelen 'Onderbouwing en argumentatie', 'Resultaten', 'Discussie' en 'Sterke en zwakke kanten' en het laagst voor de onderdelen 'Probleem-, doel- en vraagstelling', 'Abstract' en 'Aanbevelingen' en 'Conclusie'.

Lessons learned (implicaties voor de praktijk)

De beoordelaars van het afstudeeronderzoeksverslag van onze opleiding kwamen het minst overeen in hun scores voor de 'compactere' onderdelen, zoals de 'Probleem-, doel- en vraagstelling'. Een eerste stap richting een optimale beoordeling van het onderzoeksverslag lijkt het kalibreren van beoordelaars op met name die onderdelen te zijn.

Trefwoord: Assessment: Psychometrics, Assessment: Written assessment

Wijze van presentatie: Poster

Voorbij het individu: De rol van co-regulatie in de ontwikkeling van zelfsturend leren van geneeskundestudenten in coschappen

D. Bransen¹, M.J.B. Govaerts², D.M.A. Sluijsmans³, E.W. Driessen²

¹MUMC+, ²Universiteit Maastricht, ³Zuyd Hogeschool

Probleemstelling

Om zich te kunnen ontwikkelen tot levenslang lerende professionals wordt er van geneeskundestudenten verwacht dat zij zelfsturende leervaardigheden verwerven, zoals het formuleren van leerdoelen, het uitstippelen van leerstrategieën en vaardigheden voor zelfreflectie. Echter, door de complexiteit en onvoorspelbaarheid van klinische leeromgevingen blijkt zelfregulatie vaak een uitdaging te zijn. Onderzoek richt zich in de laatste jaren in toenemende mate op hoe sociale interacties op klinische werkplekken de ontwikkeling van het zelfsturend leervermogen (i.e. co-regulatie) van studenten en artsen beïnvloeden.¹ Onderzoek laat bijvoorbeeld zien dat co-assistenten op de werkplek bijgestaan worden door arts-assistenten, met name bij het formuleren van leerdoelen en zelf-reflectie.² Het onderzoeken van de relatie tussen zelfsturend leren en co-regulatie draagt bij aan het creëren van leeromgevingen die zelfsturing bevorderen en levenslang leren faciliteert. In deze studie verkenden we de percepties van geneeskundestudenten ten aanzien van co-regulatie en hun ideeën over de invloed van co-regulatie op de ontwikkeling van hun zelfsturend leervermogen.

Methode

We hebben semigestructureerd interviews afgenomen om de percepties van geneeskundestudenten te onderzoeken. Op basis van opleidingsjaar (ervaring in coschappen) en geslacht hebben we 11 studenten bereid gevonden deel te nemen. We hebben gebruik gemaakt van principes van de constructivistische Grounded Theory methodologie. Het verzamelen en analyseren van de data verliep iteratief, waardoor deze elkaar konden informeren. Data-analyse kenmerkte zich door open, axiaal en selectief te coderen waardoor het level van de analyse van categoriseren naar conceptualiseren werd getild.

Resultaten (en conclusie)

Vanuit de data werden drie samenhangende verschuivingen in co-regulatie en zelfsturend leren geconstrueerd tijdens het doorlopen van coschappen. Ten eerste, er vond een verschuiving plaats van co-regulatie met peers naar co-regulatie met klinische rolmodellen. Ten tweede, zelfsturing verschoof van extern-gedreven naar in toenemende mate intern-gedreven. Ten derde, zelfregulatie verschoof van een taak-georiënteerde benadering naar een bredere benadering gericht op professionele competentie en identiteitsformatie. De aard en de intensiteit van co-regulatie leek daarnaast af te hangen van de in studenten reeds aanwezige zelfregulatievaardigheden; studenten die sterk ontwikkelde zelfregulatievaardigheden leken te hebben betrokken anderen in de omgeving met groter gemak in co-regulatie, en konden zodoende hun zelfsturend vermogen verder ontwikkelen dan studenten die grotere moeite met zelfregulatie leken te hebben.

Discussie

De bevindingen van deze studie benadrukken het idee dat zelfregulatie beïnvloed wordt door en gelegen ligt in sociale interacties tussen studenten en anderen in coschapomgevingen. Om de ontwikkeling van het zelfsturend leervermogen van studenten te bevorderen is het nodig om co-regulatie in coschappen te stimuleren vanaf de start van het medische curriculum, bijvoorbeeld door het creëren van partnerships tussen onervaren en meer ervaren studenten.

Referenties

1 Rich, 2017. Proposing a model of co-regulated learning for graduate medical education. *Academic Medicine* 92(8), 1100–1104.

2 Berkhout, J.J., Helmich, E., Teunissen, P.W., van der Vleuten, C.P.M., & Jaarsma, A.D.C. (2016). How clinical medical students perceive others to influence their self-regulated learning. *Medical Education*, 51(3), 269–279. <https://doi.org/10.1111/medu.13131>

Trefwoord: Learning outcomes: Life-long learning, Students/Trainees: General

Wijze van presentatie: Poster

D18.4 / Exchange hall

Over de keuze van de cijfertransformatie bij de cesuurbepaling van Cohen-Schotanus

T.F. Oostendorp, G.J.C.G.M Bosman, M.A.T.M. Vorstenbosch
Radboudumc

Context/probleemstelling of aanleiding

In de leerlijn Mechanismen van Gezondheid en Ziekte (MGZ) in jaar 1 en 2 van de Nijmeegse bacheloropleidingen Biomedische Wetenschappen en Geneeskunde wordt sinds de start van het curriculum 2015 elk kwartaal in een tweetal afnames een tentamen van 160 vragen afgenomen. Dit tentamen is gericht op inzicht en toepassing van kennis en bestaat uit vragen over het lopende kwartaal en 'terugkijkvragen' over de voorgaande kwartalen.

Op de eerste MGZ-lijntentamens zijn de cesuurbepaling en cijfertransformatie volgens Cohen-Scotanus [1] toegepast die in het voorgaande curriculum gebruikelijk waren: cesuur op 60% van de P90 en hoogst haalbare score geeft een 10. Dit leidde voor de MGZ-lijntentamens tot slagingspercentages in dezelfde range (80-90%) als voor de bloktoetsen van het voorgaande curriculum. Echter, blijktbaar is de aard van deze toets zo, dat er nauwelijks studenten zijn die een score van 75% of hoger behalen. Met de standaard Cohen-Scotanus cijfertransformatie was daardoor het aantal achten en hoger beduidend lager dan tot dan toe gebruikelijk. Dit werd als onrechtvaardig ervaren. Voor de 'cum laude'-regeling was deze situatie ook voor de examencommissies niet bevredigend. Daarom zijn we op zoek gegaan naar een cijfertransformatie die tot meer hogere cijfers zou leiden, zonder de cesuur te veranderen.

Beschrijving van de interventie/innovatie

Een cijfertransformatie bestaat uit het vaststellen van een lineaire relatie tussen de scores op een toets en het cijfer dat wordt toegekend. Die relatie wordt beschreven door twee punten. Eén van die punten is (*cesuur*, 5.5) met de *cesuur* 60% van de P90. Voor het bepalen van het tweede punt hebben we drie methoden onderzocht:

1. (*max*, 10): de hoogst haalbare score *max* leidt tot het cijfer 10,0
2. (0, 1): de score 0 leidt tot het cijfer 1,0
3. (P90, 8): de P90-score leidt tot het cijfer 8,0

Ervaringen/analyse van de implementatie

Methode 1 (*max*, 10) leidt bij in totaal 6 tentamens gemiddeld tot ca. 6% achten, 0.6% negens, en nooit tot een 10.

Methode 2 (0, 1) leidt tot 19% achten, 8% negens en ruim 2% tienen.

Methode 3 (p90, 8) levert 16% achten, bijna 4% negens en 0.6% tienen.

Lessons learned (implicaties voor de praktijk)

We hebben gekozen voor methode 3. Deze methode, die de cesuurbepaling van Cohen-Schotanus volgt, leidde tot een meer acceptabele spreiding in de cijfers. Het voelt rechtvaardig dat 10% van de studenten een 8,0 of hoger haalt. De examencommissies kunnen het judicium 'cum laude' meer overeenstemmend met het voorgaande curriculum toekennen.

Referentie

1 Cohen-Schotanus, J. and C. P. M. van der Vleuten (2010). "A standard setting method with the best performing students as point of reference: Practical and affordable." *Medical Teacher*(2): 154-160.

Trefwoord: Assessment: Standard setting, Assessment: General, Assessment: All

Wijze van presentatie: Poster

A.E. Oosterbaan, M. Kalee, A.E. van Ark, E.J.F.M. Custers, G.A. Fast
UMC Utrecht

Context/probleemstelling of aanleiding

Digitaal evalueren van cursussen is de afgelopen tien jaar steeds meer de standaard geworden in gezondheidszorg-opleidingen. Een nog onbeantwoorde vraag is of de manier van afname invloed heeft op de betrouwbaarheid van de uitkomsten. Bij de overgang van 'papieren' naar digitale evaluaties spelen meerdere factoren een rol: de afnamewijze, de timing van het evaluatieverzoek, de invulbereidheid en de middelen om de evaluatie in te vullen. Deze factoren hebben invloed op de respons. Het doel van deze studie is om vast te stellen of de *wijze van afname* een systematische invloed uitoefent op de uitkomsten van de evaluatie.

Beschrijving van de interventie/innovatie

De evaluatie van de training *Communicatievaardigheden en Professionele Attitude* uit de bachelor geneeskunde aan het UMC Utrecht ging in 2016-2017 over van 'papieren' evaluatieformulieren op een digitale vragenlijst. Het tijdstip van afname veranderde niet: zowel de 'papieren' als de digitale vragenlijst werd tijdens de laatste bijeenkomst van de training aan de studenten voorgelegd. Omdat deze training over de jaren nauwelijks veranderd is en zeer stabiele uitkomsten van de evaluatie laat zien, is hij geschikt om zonder storende invloeden het effect van de overgang van papier naar digitaal evalueren vast te stellen. We vergeleken de evaluatieresultaten van de edities van deze training over de collegejaren van 2014-2015 tot en met 2017-2018.

Ervaringen/analyse van de implementatie

Overeenkomstige vragen uit de vier evaluaties werden vergeleken met behulp van de (non-parametrische) Mann-Whitney U-toets om eventuele verschillen tussen de collegejaren op te sporen. De responsepercentages bleken vergelijkbaar en we konden geen algemene trend ontdekken die gekoppeld was aan de overgang van "papier" naar "digitaal". De significante verschillen die we wel vonden, waren gekoppeld aan verschillende edities van deze training en bleken niet reproduceerbaar over de jaren. Onze studie laat zien dat de overgang van papieren evaluaties naar digitale evaluaties geen systematisch effect heeft op de waardering die studenten hebben voor een cursus of voor afzonderlijke aspecten ervan.

Lessons learned (implicaties voor de praktijk)

De bevindingen kunnen niet zomaar worden gegeneraliseerd naar andere cursusevaluaties. In een reeds gestart vervolgonderzoek onderzoeken we of de overgang van papier naar digitaal evalueren invloed heeft op de kwaliteit van de narratieve feedback. We verwachten dat de narratieve feedback bij digitale evaluaties meer informatie zal bieden dan bij 'papieren' evaluaties. Ten tijde van de posterpresentatie hopen we hier conclusies aan te kunnen verbinden.

Trefwoord: Education management: Quality Assurance

Wijze van presentatie: Poster

De rubric ontleed: waarop lijken supervisors de beoordeling van onderzoeksvaardigheden te baseren?

L.M.L.M. Postmes¹, R.A.M. Bouwmeester¹, K. Scager², M.W.H.C. Bol-Schoenmakers², M.S. Schaaf¹
¹UMC Utrecht, ²Universiteit Utrecht

Context/probleemstelling of aanleiding

In toenemende mate wordt in het (bio)medisch onderwijs gebruik gemaakt van rubrics om studenten feedback te geven op hun onderzoeksvaardigheden. Hierbij wordt doorgaans gescoord op een aantal deelvaardigheden, waarbij gebruik wordt gemaakt van niveaubeschrijvingen. Er is weinig bekend over hoe de scores op deelvaardigheden aan elkaar zijn gerelateerd en welke deelvaardigheden door supervisors het zwaarst worden meegewogen in de feedback. Analyse van deze data kan gebruikt worden om de rubric en de onderwijspraktijk te verbeteren. Inzicht hierin kan helpen om meer grip te krijgen op hoe supervisors onderzoeksvaardigheden percipiëren.

Beschrijving van de interventie/innovatie

In deze case-study analyseren we kwantitatieve data van de rubric "onderzoeksvaardigheden", die sinds 2014 wordt gebruikt door supervisors van de wetenschappelijke stage van de Graduate School of Life Sciences (GSLs) aan de Universiteit Utrecht. Deze rubric is beschrijvend en kwalitatief van aard en geldt niet als scoringsformulier, maar kan door supervisors (optioneel) worden gebruikt ter onderbouwing van hun eindscore van de onderzoeksvaardigheden. De rubric bestaat uit drie hoofdcategorieën: (1) onderzoek uitvoeren (3 subcategorieën), (2) praktische vaardigheden (4 subcategorieën), en (3) professioneel gedrag (6 subcategorieën). Rubricdata wordt verzameld en geanalyseerd met beschrijvende statistiek. Middels multiple regressieanalyse wordt nagegaan welke hoofd- en subcategorieën (predictoren) het zwaarste wegen in de eindscore (outcome variable).

Ervaringen/analyse van de implementatie

Een eerste analyse is uitgevoerd op ±120 formulieren. Descriptieve data toont enkele subcategorieën met minimale variantie. Een multiple regressieanalyse op de hoofdcategorieën toont dat scores op de categorieën 'professioneel gedrag' en 'onderzoek uitvoeren' de grootste voorspellers zijn voor het gegeven eindcijfer. Bij de subcategorieën zijn dit 'punctualiteit' en 'initiatief, onafhankelijkheid, creativiteit en omgang met feedback', beide onderdeel van de hoofdcategorie professioneel gedrag. Voor de definitieve analyse zullen naar verwachting zo'n 200 formulieren worden verzameld.

Lessons learned (implicaties voor de praktijk)

Op basis van de eerste analyse lijken (sub)scores op 'Professioneel gedrag' het meest predictief voor het eindcijfer. Dit kan betekenen dat betreffende supervisors veel waarde hechten aan professioneel gedrag als onderdeel van wetenschappelijk onderzoek, en wel in die mate dat het sterker voorspellend is dan bijvoorbeeld scores op deelvaardigheden in het uitvoeren van onderzoek. De vraag is of (onderdelen van) het uitvoeren van onderzoek en de praktische vaardigheden (de twee andere hoofdcategorieën) juist in een rubric over onderzoeksvaardigheden niet meer zouden moeten bijdragen. Anderzijds kan men zich afvragen of dit niet juist een belangrijke component van onderzoeksvaardigheden blootlegt. Deze studie laat zien hoe rubric data gebruikt kunnen worden om inzicht te krijgen in onderliggende percepties van supervisors op onderzoeksvaardigheden. De definitieve resultaten worden gepresenteerd op het congres.

Trefwoord: Assessment: General, Learning outcomes: Research

Wijze van presentatie: Poster

D19.1 / Exchange hall

Ervaringen die een rol spelen in de motivatie van studenten met een migratieachtergrond in het medisch onderwijs

U. Isik, A. Wouters, P. Verdonk, G. Croiset, R.A. Kusurkar
Amsterdam UMC loc. VUmc

Probleemstelling

De patiëntpopulatie wordt steeds etnisch diverser en om voldoende aan te sluiten bij de behoeften van deze populatie is diversiteit onder de zorgverleners essentieel. Om dit te bewerkstelligen is het noodzakelijk dat geneeskundestudenten met een migratieachtergrond worden geworven en maatregelen worden genomen die ervoor zorgen dat deze studenten hun opleiding succesvol kunnen afronden. Studenten met een migratieachtergrond presteren over het algemeen slechter dan studenten zonder een migratieachtergrond. Deze studenten ervaren mogelijk barrières tijdens hun opleiding. Onderzoek heeft aangetoond dat motivatie een belangrijke factor is in leren en studiesucces onder geneeskundestudenten. Ervaringen die de motivatie van de geneeskundestudenten beïnvloeden zijn nog niet onderzocht. De Self-determination theorie diende als theoretisch kader en maakt onderscheid in motivatie op drie hiërarchische niveaus: globaal (gebruikelijke manier van functioneren van een individu), contextueel (specifieke levensomstandigheden, zoals opleiding en werk), situationeel (motivatie van een individu op een specifiek moment)¹. Deze studie onderzocht de ervaringen die een rol spelen in de motivatie van geneeskundestudenten met een migratieachtergrond.

Methode

In deze kwalitatieve studie werd een constructivistische benadering, kennisopbouw door interactie tussen onderzoeker en participanten, gebruikt. Focusgroepen met geneeskundestudenten met een migratieachtergrond werden uitgevoerd in de periode december 2016 t/m mei 2017. Purposive en snowball sampling is gebruikt om de studenten te werven. Een moderator heeft de focusgroepen begeleid met een semigestructureerde topiclijst met *Self-determination* theorie en intersectionaliteit (kruispuntdenken, dat uitgaat van interacties tussen geslacht, ras en andere categorieën van verschillen in individuen) als basis. Data werd gecodeerd en geanalyseerd middels thematische analyse, een kwalitatieve methode om patronen (thema's) te identificeren en rapporteren. Bovendien is tijdens het analyseren van de data de intersectionele benadering toegepast, zoals het bekijken van verschillen tussen etnische groepen. De moderator heeft alle interviews, de tweede onderzoeker heeft twee interviews en de derde onderzoeker heeft één interview gecodeerd in het programma Excel. De gecodeerde interviews werden besproken tot er consensus werd bereikt. Bovendien heeft de derde onderzoeker, een expert in diversiteit en kwalitatieve onderzoeksmethoden, alle transcripten gelezen en memo's gemaakt.

Resultaten (en conclusie)

Zesentwintig studenten met een migratieachtergrond (18 vrouwen, 8 mannen) hebben deelgenomen aan dit onderzoek. Veertien deelnemers waren eerste-generatie-student. De ervaringen van de studenten konden als volgt worden ingedeeld: (1) de rol van autonomie in de vorming van motivatie, zoals een eigen keuze maken om geneeskunde te studeren vanwege interesse en om je moeders droom om geneeskunde te studeren te realiseren (2) interacties/'de ander zijn' in de praktijk, zoals het niet passen bij het afdelingsteam vanwege het dragen van een hoofddoek, (3) interacties/'de ander zijn' in de leeromgeving, zoals voor jezelf opkomen omdat je je gediscrimineerd voelt, (4) invloeden op studieprestaties, zoals druk vanuit de familie en (5) intersecties van cultuur en geslacht met 'anders zijn', waaronder het nadeel om een vrouw te zijn en een migratieachtergrond te hebben om een specialisatieplek te krijgen.

Discussie

Studenten lijken discriminatie en culturele afstand te ervaren. De ervaringen van de studenten worden gezien als een proces van toenemende bewustwording, zo realiseren ze zich dat bijvoorbeeld hun uiterlijk van invloed kan zijn op de beeldvorming van anderen. Ze hebben behoefte aan rolmodellen en hebben over het algemeen geen medisch netwerk. Verder hebben studenten ervaringen die op een bepaald moment een negatieve invloed hadden op hun motivatie (situationele motivatie), echter na een langere periode leerden ze ermee omgaan. Ongeacht deze ervaringen bleven de studenten in deze studie gemotiveerd doorgaan met hun opleiding en voor hun doel om arts te worden (contextuele motivatie). Een aanbeveling is een betere representatie van rolmodellen met een migratieachtergrond.

Referentie

1 Isik,U., Wouters,A., Verdonk,P., Croiset,G. & Kusurkar,R.A. 'As an ethnic minority, you just have to work twice as hard.' Experiences and motivation of ethnic minority students in medical education. (Submitted)

Trefwoord: Research in medical education: General, Students/Trainees: General

Wijze van presentatie: Poster

Onderwijs over zorg aan vluchtelingen: Geneeskundestudenten op bezoek bij het Zorgcafé

K.N. Lanting¹, P. Wisse²

¹Amsterdam UMC loc. AMC, ²Dokters van de Wereld

Context/probleemstelling of aanleiding

Dokters van de Wereld heeft in Amsterdam en Nijmegen een Zorgcafé voor vluchtelingen opgezet. Asielzoekers en statushouders (nieuwkomers) kunnen er zonder afspraak terecht met vragen over hun gezondheid of de gezondheidszorg. In het Zorgcafé zijn medische - en GGZ-vrijwilligers en cultuurcoaches (tolken in taal en cultuur) aanwezig die een luisterend oor bieden, informatie en gezondheids-advies geven en laagdrempelige psychosociale ondersteuning bieden. Bovendien worden nieuwkomers zo veel mogelijk begeleid naar de eerstelijnszorg (huisarts) of andere reguliere zorgverleners van de Nederlandse gezondheidszorg of welzijnsinstanties. Het doel van het Zorgcafé is (1): Vluchtelingen goed te informeren over Nederlandse gezondheidszorg en regelgeving, zodat ze goed gebruikmaken van het zorgsysteem en de zorg krijgen die aansluit bij hun hulpvraag; (2) Te zorgen dat vluchtelingen zich gehoord voelen en daarmee frustratie en verkeerde verwachtingen te voorkomen en vroegtijdig symptomen van ernstige psychische problematiek te signaleren en te verwijzen. Toegang tot de zorg is voor vluchtelingen en asielzoekers niet optimaal (e.g. Satinsky et al. 2009; Van Loenen et al. 2018).

Beschrijving van de interventie/innovatie

Om studenten kennis te laten maken met het onderwerp 'Zorg aan vluchtelingen' is dit onderwerp opgenomen als keuzeonderdeel. Het onderwijs bestaat uit de volgende onderdelen: (1) Inleidend college over gezondheid van vluchtelingen en toegang tot de zorg; (2) Bezoek van studenten aan het Zorgcafé in Amsterdam; (3) Presentatie daar over doel zorgcafé en barrières in de toegang tot de zorg; (4) Studenten interviewen vrijwilligers van het Zorgcafé over hun ervaringen; (5) studenten verwerken het interview voor een verslag voor Professioneel Gedrag en presenteren hun bevindingen in een afsluitende bijeenkomst. Het onderwijs is voor 3^e jaars geneeskunde en wordt gegeven binnen 'Opmaat naar de praktijk': de laatste maanden van de bachelor als voorbereiding op de coschappen.

Ervaringen/analyse van de implementatie

Studenten hebben veel belangstelling voor dit onderwijs: er waren veel meer aanmeldingen dan plek bij het Zorgcafé. Er is tot nu toe geen onderwijs over dit onderwerp in het reguliere curriculum en dit onderwijs vervult een behoefte van studenten.

Lessons learned (implicaties voor de praktijk)

Samenwerken met een maatschappelijke organisatie is een meerwaarde voor het onderwijs. Het geeft studenten een concreet beeld van zorg aan ondervertegenwoordigde patiënten.

Het is jammer dat er niet voor alle geïnteresseerde studenten plek was. In de toekomst hopen we dit aan meer studenten aan te bieden.

Referenties

- 1 Satinsky E, Fuhr DC, Woodward A, Sondorp E, Roberts B. Mental health care utilisation and access among refugees and asylum seekers in Europe: A systematic review. *Health Policy*. 2019 Feb 22.
- 2 Van Loenen T et al. Primary care for refugees and newly arrived migrants in Europe: a qualitative study on health needs, barriers and wishes. *Eur J Public Health*. 2018 Feb 1;28(1):82-87.

Trefwoord: Teaching & learning: Small group

Wijze van presentatie: Poster

D19.3 / Exchange hall

Aios met een migratieachtergrond in de Nederlandse huisartsopleiding - kwalitatief onderzoek naar belemmerende en faciliterende factoren in de voortgang

N.M. van Moppes¹, N. van Dijk¹, M. Visser¹, M. Nasori¹, M.E.T.C. van den Muijsenbergh²

¹Amsterdam UMC loc. AMC, ²Radboudumc

Context/probleemstelling of aanleiding

De Nederlandse zorg, en daarmee de (huisarts)geneeskunde, is toenemend divers; niet alleen zien artsen vaker patiënten uit verschillende landen (met ieder hun eigen migratiegeschiedenis), maar ook leiden zij steeds vaker aios op met een migratieachtergrond. Zowel vanuit diversiteitsbelang als vanuit het oogpunt van sociale rechtvaardigheid is het belangrijk om gelijke kansen te garanderen voor *alle* aios. Uit oriënterend vooronderzoek blijkt echter dat aios huisartsgeneeskunde met een migratieachtergrond zijn oververtegenwoordigd in de groep met een problematische voortgang. Het zou daarbij niet schorten aan kwalificaties, inzet en motivatie van deze aios. Internationaal onderzoek bevestigt dat wereldwijd aios en medische studenten uit een andere dan de dominante etnische groep minder goed beoordeeld worden. Vaak worden daarbij niet de kwalificaties, maar het leerklimaat benoemd als risicofactor. In hoeverre en op welke manier leerklimaat ook voor aios uit minderheidsgroepen in de Nederlandse huisartsopleiding een risico voor de voortgang oplevert, is niet bekend.

Beschrijving van de interventie/innovatie

Leerklimaat is een complex construct, afhankelijk van de perceptie van alle afzonderlijke stakeholders. Om inzicht te krijgen in de perceptie van aios uit etnische minderheidsgroepen in de Nederlandse huisartsopleiding, én om specifieke barrières of facilitators te identificeren, doen wij kwalitatief onderzoek onder aios uit deze groepen met semigestructureerde interviews op basis van 'sensitizing topics' uit de literatuur en kennis van experts. De interviews worden uitgevoerd en geanalyseerd in een iteratief proces van gegevensverzameling en axiale, interpretatieve codering totdat theoretische verzadiging is bereikt. De uitvoering en analyse van interviews loopt vanaf april tot oktober.

Ervaringen/analyse van de implementatie

Voorafgaand aan dit onderzoek realiseerden wij ons dat gegevens over etniciteit kwetsbaar zijn. Tijdens de voorbereiding bleek nog eens hoe belangrijk het is om ethische en juridische waarborgen met grote zorgvuldigheid te bespreken en vast te leggen. Echter, de werving verliep juist opvallend vlot. Aios uit de doelgroep gaven aan dat zij zich betrokken voelen bij dit onderwerp, en op deze manier hopen bij te dragen aan een meer inclusief leerklimaat.

Lessons learned (implicaties voor de praktijk)

Uit oriënterend vooronderzoek leerden wij dat de impliciete normen en waarden binnen medische opleidingspraktijken aios uit minderheidsgroepen kwetsbaar maken voor uitsluiting. Deze interviews zullen ons meer leren over de ervaringen van de respondenten met de Nederlandse huisartsopleiding, zodat wij een beeld kunnen vormen van aspecten die kunnen bijdragen aan een opleidings situatie met gelijke kansen. Deze bevindingen zullen worden gebruikt om onderwijsinterventies te ontwerpen.

Referenties

- 1 Stegers-Jager, K. M., Steyerberg, E. W., Cohen-Schotanus, J., & Themmen, A. P. (2012). Ethnic disparities in undergraduate pre-clinical and clinical performance. *Medical Education*, 46(6), 575-585. doi:10.1111/j.1365-2923.2012.04265.x
- 2 Soemantri, D., Herrera, C., & Riquelme, A. (2010). Measuring the educational environment in health professions studies: A systematic review. *Medical Teacher*, 32(12), 947-952. doi:10.3109/01421591003686229

Trefwoord: Curriculum: Education environment, Students/Trainees: All, Learning outcomes: All

Wijze van presentatie: Poster

D19.4 / Exchange hall

Excelleren zonder rolmodellen: ervaringen van (bio)medische professionals met een niet-Westerse migratieachtergrond

I.M. Spaans, G. Dilaver
UMC Utrecht

Context/probleemstelling of aanleiding

Het UMC Utrecht werkt met het oog op de toenemende diversiteit aan een inclusieve leeromgeving. Een van de manieren waarop het UMC Utrecht dit wil bereiken is met meer culturele diversiteit in hoge posities, zodat er meer diversiteit in rolmodellen mogelijk wordt. Verondersteld wordt dat diversiteit in rolmodellen nodig is zodat ook studenten uit ondervertegenwoordigde groepen, zoals studenten met een niet-westerse migratieachtergrond, iemand hebben om zich aan te spiegelen. En alhoewel over het nut van rolmodellen in medisch onderwijs steeds meer bekend wordt, is er weinig bekend over de rol die etniciteit speelt in de identificatie met rolmodellen.

De onderzoeksvraag luidt dan ook: Welke rol speelt etniciteit in de identificatie met rolmodellen in het (bio-)medisch onderwijs? Door met tien (bio-)medische professionals met een niet-westerse migratieachtergrond te spreken over hun ervaringen als student in een tijd waarin het UMC Utrecht minder cultureel divers was, wordt onderzocht hoe belangrijk het voor studenten is dat zij zich ook qua etnische afkomst aan iemand kunnen spiegelen. Hebben zij het gebrek aan rolmodellen met eenzelfde etnische achtergrond als een gemis ervaren? Of verliep de identificatie met hun rolmodellen op basis van andere gronden? En hoe kunnen we deze kennis gebruiken om het huidige (bio-)medisch onderwijs te versterken?

Beschrijving van de interventie/innovatie

In dit kwalitatieve, exploratieve onderzoek worden tien (bio-)medische professionals die hun opleiding volgden in het UMC Utrecht geïnterviewd. Het grounded theory-design met sensitizing concepts toont uit welke theoretische concepten de topics en de interviewvragen voortvloeien. Dezelfde concepten dienen tevens als eerste set a priori-codes voor de analysefase. Afhankelijk van de uitkomsten van de interviews worden deze codes verder aangevuld.

Ervaringen/analyse van de implementatie

Initiële inventarisaties suggereren in samenspel met bestaande literatuur dat er een verloop zit in hoe belangrijk de etnische achtergrond van een rolmodel gevonden wordt. Eerstejaarsstudenten met een niet-westerse migratieachtergrond lijken expliciet waarde aan de etnische achtergrond van hun rolmodel te hechten, terwijl de rolmodellen van professionals vaker een andere etnische achtergrond, maar ook een andere leeftijd en/of sekse hebben.

Lessons learned (implicaties voor de praktijk)

Er zijn op het moment van het schrijven van dit abstract nog geen conclusies of discussiepunten.

Referentie

1 Stegeman, J. H. (2001). Medische opleiding. Goed voorbeeld doet goed volgen: een zoektocht naar rolmodellen in het praktisch klinisch onderwijs. *Nederlands tijdschrift voor geneeskunde*, 145(9), 431-434.

Trefwoord: Teachers/Trainers: Roles of the teacher, Teaching & learning: All, Students/Trainees: All

Wijze van presentatie: Poster

D19.5 / Exchange hall

Studenten organiseren een grootschalige onderwijsweek - effect op de bekwaamheid tot samenwerken

E. Tanck, F. Eggermont, A.J.M. Oerlemans, M. Vorstenbosch, B.J.J.W. Schouwenberg, G.J. Olthuis Radboudumc

Context/probleemstelling of aanleiding

In het Nijmeegse bachelorcurriculum Geneeskunde (GNK) en Biomedische Wetenschappen (BMW) sluiten we het academisch jaar af met een onderwijsweek voor 1200 studenten: de Radboud Student Conference (RSC)¹. In studiejaar 2017-2018 werd de RSC met succes georganiseerd door een groep van zeven gemotiveerde eerste- en tweedejaars studenten GNK en BMW, die bij goed gevolg 3EC aan studiepunten konden verdienen, onder begeleiding van docenten. Om een dergelijk grootschalig evenement succesvol te kunnen organiseren is samenwerking belangrijk¹. In deze studie onderzochten we het effect dat het organiseren van de RSC-week had op de samenwerkingsvaardigheden van de studenten (self-efficacy).

Beschrijving van de interventie/innovatie

We namen tweemaal een self-efficacy-test "samenwerken" af, aan het begin van het organisatietraject en na afloop van de RSC. Tevens hielden we op beide momenten een focusgroepinterview met de studenten. De self-efficacy-test bestond uit 15 stellingen, onderverdeeld in vijf factoren: 1) positieve wederzijdse afhankelijkheid; 2) individuele aansprakelijkheid; 3) ondersteunende interactie; 4) sociale en groepsvaardigheden; en 5) groepsevaluatie. De studenten gaven op een visueel analoge schaal aan in hoeverre zij het eens waren met elke stelling vanuit het perspectief met hun ervaringen van het organiseren van de RSC. De verschillen tussen de twee testen werden bepaald met behulp van de Wilcoxon signed ranks test.

Ervaringen/analyse van de implementatie

Over het algemeen nam de self-efficacy "samenwerken" bij de studenten toe met 7% ($Z=-4.9$; $p<0.001$). Voor de factoren "individuele aansprakelijkheid" en "groepsevaluatie" was de toename significant (12%; $Z=-3.0$; $p=0.003$ en 11%; $Z=-2.7$; $p=0.008$). De stelling met de grootste stijging (30%; $Z=-1.9$; $p=0.06$) was: "Ik ben in staat om medestudenten in een groep te wijzen op het goed en volledig afronden van hun taken" (factor ondersteunende interactie). Tussen sommige studenten verliep de samenwerking wat stroef. Dit werd besproken met de docenten. Studenten gaven in de tweede focusgroep onder meer aan: "met de kennis die ik nu in mijn achterhoofd heb zou ik het allemaal heel anders aanpakken met diegene waar ik mee samen heb gewerkt".

Lessons learned (implicaties voor de praktijk)

Het organiseren van de RSC geeft de studenten vrijheid en verantwoordelijkheid¹. Ze moeten met elkaar de koers bepalen en voelen zich verantwoordelijk voor het eindresultaat, met docenten op de achtergrond. Het organiseren van de RSC-week heeft over het algemeen een positieve werking gehad op self-efficacy "samenwerken", al is invloed van andere activiteiten op de ontwikkeling niet uit te sluiten. Studenten hebben veel geleerd van het organiseren van de RSC, voelen zich verantwoordelijk, durven elkaar beter aan te spreken om taken af te ronden en hebben meer vertrouwen in zichzelf en in elkaar gekregen met betrekking tot samenwerken.

Referentie

1 Olthuis GJ. et al. NVMO 2018.

Trefwoord: Learning outcomes: Teamwork, Learning outcomes: Professionalism / attitude / ethics, Teaching & learning: Collaborative/peer-to-peer

Wijze van presentatie: Poster

12.00-13.00 **LUNCH**

13.00-14.15 **Blok**

E1 / Mees auditorium

Teaching for Equity, Diversity, and Inclusion

Ayelet Kuper

University Health Network/University of Toronto, Canada

In recent years there has been growing recognition of the importance of equity, diversity, and inclusion (EDI) issues within medicine and medical education. However, despite all the buzz, many health professions educators continue to indicate that they and their institutions are struggling to teach successfully in this area.

In this interactive workshop for individuals with interest (but not necessarily experience) in teaching about and for EDI, we will draw on my experience (and that of my colleagues) in teaching these subjects to all levels of medical learners. Participants will engage with two key frameworks relevant to EDI education. They will experience and practice successful small-group techniques for teaching these key concepts across the medical education continuum, from medical school to faculty development. They will then reflect on challenges and strategies for incorporating EDI education within their own curricula.

Please note: This workshop will assume some familiarity with the concepts I will have discussed in the keynote (“Teaching for Social Justice: Privilege, Power and Voice”) that I will be delivering earlier the same day; it is therefore recommended that those interested in participating in the workshop attend the keynote beforehand.

Wijze van presentatie: Workshop

Ontwerpen van applicatieopdrachten voor Team Based Learning

J. Mol¹, J. Vos², F. Huijbregts-Verheyden³, E. Verheijck², J. Schieving³, S. Ramaekers⁴
¹LUMC, ²Amsterdam UMC, locatie AMC, ³Radboudumc, ⁴Han

Thema

Team Based Learning (TBL) is een activerende student-gecentreerde werkvorm, gericht op samenwerkend leren bestaande uit een specifieke opeenvolging van individueel werk, groepsdiscussie en onmiddellijke feedback. Hierdoor ontstaat een motiverend kader waarin studenten elkaar verantwoordelijk houden om goed voorbereid naar werkgroepen te komen en daar gezamenlijk, als team, authentieke problemen op te lossen. Door uitdagende opdrachten, die in TBL applicatieopdrachten worden genoemd, leren studenten in groepsverband kennis toe te passen in plaats van kennis te reproduceren. Hierbij ontwikkelen ze ook vaardigheden gericht op samenwerken en probleemoplossend vermogen.

Doel

Participanten handvatten aan te reiken om inspirerende, activerende en motiverende applicatieopdrachten te ontwerpen, zodat studenten voorbereid naar de bijeenkomst komen, leren hun kennis toe te passen en samenwerkende en probleemoplossende vaardigheden ontwikkelen.

Doelgroep

De workshop is geschikt voor opleiders/docenten en curriculumontwikkelaars die in TBL m.b.v. inspirerende opdrachten studenten willen uitdagen kennis te verwerven en toe te passen.

Opzet: activiteiten en opbrengst

00:00 Introductie op ontwerpen van applicatieopdrachten

00:10 Groepsopdracht 1: criteria voor goede applicatieopdrachten

00:30 Groepsopdracht 2: beoordelen van bestaande criteria voor goede applicatieopdrachten

00:50 Groepsopdracht 3: ontwerpen/verbeteren van eigen applicatieopdracht

00:70 Vragen

00:75 Afsluiting

Opbrengsten

Na afloop van de workshop zijn participanten in staat:

- Goede applicatieopdrachten en slechte applicatieopdrachten van elkaar te onderscheiden
- Criteria te bedenken waaraan applicatieopdrachten moeten voldoen
- Eigen onderwijsmaterialen te herontwerpen zodat deze voldoen aan de opgestelde criteria

Referenties

1 Dean Parmelee, Larry K. Michaelsen, Sandy Cook & Patricia D. Hudes (2012)

2 Team-based learning: A practical guide: AMEE Guide No. 65, Medical Teacher, 34:5, e275-e287,

3 DOI: 10.3109/0142159X.2012.651179

4 To link to this article: <http://dx.doi.org/10.3109/0142159X.2012.651179>

Max aantal deelnemers: 60

Trefwoord: Medical education: All, Learning outcomes: General, Teaching & learning: All

Wijze van presentatie: Workshop

E3 / Diamondroom I

Werkgroep patiëntenparticipatie in medisch onderwijs: nut en noodzaak

R.R. de Jonge¹, J. Frenkel¹, P. Gulp², R. Tabak², M. Bosveld³

¹UMC Utrecht, ²Radboudumc, ³Mens achter de Patient, namens werkgroep patiëntenparticipatie

Thema

Patiëntenparticipatie is het inbrengen en benutten van de specifieke ervaringsdeskundigheid van patiënten en/of hun naasten bij onderwijs, onderzoek, beleid of kwaliteit van (eigen) zorg.

De Werkgroep patiëntenparticipatie heeft als doelstelling in het medisch onderwijs te bevorderen door ontwikkeling en uitwisseling van expertise op het gebied van:

vorm en inhoud van patiëntenparticipatie in het onderwijs; denk aan de rollen voor de patiënt, leerdoelen van het patiëntgericht onderwijs, feedback van patiënten en waar plaatsen we patiëntenparticipatie in het onderwijs.

Inbedding van het onderwijs;

Is patiëntenparticipatie in de toets van studenten denkbaar? Hoe en wat is daarvoor nodig?

Organisatie van patiëntenparticipatie in het onderwijs en het vinden van oplossingen voor praktische problemen die zich hierbij voordoen.

Patiëntempowerment: patiëntenparticipatie kan bijdragen aan de persoonlijke ontwikkeling van de patiënt. Maar is dat een rol voor het onderwijs?

Doel

Start maken met de werkgroep, nieuwe leden enthousiasmeren en doelen prioriteren.

Doelgroep

Opleiders, docenten, artsen, aios en studenten en patiënten.

Opzet: activiteiten en opbrengst

Korte introductie over het doel van de werkgroep.

Drie UMC's geven voorbeeld van lopende projecten in samenwerking met patiënten.

Brainstorm met als doel

Inventariseren van best practices in de diverse academische centra.

Wat zijn de mogelijkheden van patiëntenparticipatie in het medisch onderwijs?

Tegen welke uitdagingen loopt men aan?

Wat zijn de randvoorwaarden zijn nodig voor goede patiëntenparticipatie in het medisch onderwijs.

4. Formering en taakverdeling werkgroep

Referenties

1 Tew, J., Gell, C. & Foster, S. *Learning from Experience Involving service users and carers and training.*

Spectrum (2004).

2 Een 10 voor participatie

https://www.zonmw.nl/uploads/tx_vipublicaties/Een_10_voor_patiëntenparticipatie.pdf

3 Towle, A. *et al.* Active patient involvement in the education of health professionals. *Medical Education* (2010).

Max aantal deelnemers: 40 ook graag patientvertegenwoordigers

Trefwoord: Curriculum: Community-based, Teachers/Trainers: All, Teaching & learning: Standardized patients

Wijze van presentatie: Rondetafel sessie

E4 / Diamondroom II

universitaire ondersteuning buitenslands gediplomeerde artsen: wie doet wat?

E.M. Verkuil, K. Langeveld, A.J. de Beaufort
LUMC

Thema

Als een arts met een artsdiploma buiten de Europese economische ruimte (EER) zich in Nederland wil vestigen moet hij/zij een verplichte landelijke assessmentprocedure door. Na het assessment volgt een adviesgesprek door een landelijke commissie (CBGV) waarbij een aanvullend opleidingsadvies gegeven kan worden alvorens de kandidaat in het BIG-register kan worden opgenomen. De aanvullende opleiding bestaat uit het volgen van specifieke coschappen aan een van de universiteiten. Het traject om als buitenslands gediplomeerd arts in Nederland te kunnen vestigen wordt als zwaar ervaren en vraagt veel doorzettingsvermogen van de arts. Het Nederlandse zorgsysteem, de arts-patiënt communicatie en de cultuur op de werkvloer is vaak anders dan in het land van herkomst. Wij nodigen u uit om tijdens deze rondetafelsessie mee te denken hoe wij deze groep artsen kunnen ondersteunen.

Doel

bespreken mogelijkheden ter ondersteuning buitenlandse artsen door uitwisselen en inventariseren van het beleid per universiteit om zo een uniform beleid binnen de universiteiten te ontwikkelen.

Doelgroep

onderwijskundigen, docenten, beleidsmedewerkers, studenten.

Opzet: activiteiten en opbrengst

De ronde tafel sessie zal beginnen met een presentatie door buitenslands arts over zijn of haar ervaringen tijdens de coschappen. Na deze plenaire opening zal geïnventariseerd worden welke initiatieven per universiteit bestaan. In kleinere groepen zal over deze initiatieven worden gediscussieerd. Ter afsluiting zullen wij met elkaar kijken of wij meer uniformiteit binnen de universiteiten kunnen creëren.

Max aantal deelnemers: 40

Trefwoord: Students/Trainees: Student support and counselling, Students/Trainees: Characteristics

Wijze van presentatie: Rondetafel sessie

I.J. van Wijk¹, M.A. Westerhof¹, M.J.T. Gerhardus², A.E. van Ede², E.A.P. van Bockel³, F.M. Wulfert³,
¹Amsterdam UMC loc. VUmc,²Radboudumc,³UMC Groningen, namens werkgroep Zij-inroom

Thema

In het sectorakkoord 2018 zijn de kwaliteitsafspraken hoger onderwijs voor 2019-2024 beschreven die de minister van OCW is overeengekomen met de VSNU, Vereniging Hogescholen, ISO en LSVb1. Het doel van de afspraken is de kwaliteit van het hoger onderwijs te verbeteren. Aan deze afspraken zijn de middelen gekoppeld die vrijkomen door de invoering van het studievoorschot. Criteria voor de beoordeling op instellingsniveau van de inzet van de studievoorschotmiddelen zijn vastgelegd in een protocol van de NVAO2. Op zes thema's voor onderwijskwaliteit zullen instellingen beoordeeld worden op voornemens, doelen, uitvoering en resultaten. Eén van de zes thema's voor verbetering van de onderwijskwaliteit is onderwijsdifferentiatie. Differentiatie in onderwijs kan heel breed en op verschillende niveaus beschouwd worden: het kan gaan over de verscheidenheid in het aanbod van opleidingen waaruit studenten kunnen kiezen, maar ook bijvoorbeeld over differentiatie in inhoud, tempo, niveau, didactiek en werkvormen in het onderwijs.

In deze eerste ronde tafel sessie van de in 2019 opgerichte NVMO Werkgroep Zij-inroom, willen we ingaan op onderwijsdifferentiatie binnen de opleiding geneeskunde. Het algemene doel van differentiatie in het onderwijs is het leren van studenten te stimuleren en hun motivatie te behouden of bevorderen. Een gevarieerd aanbod aan onderwijstrajecten kan hier aan bijdragen. Zij-inroomprogramma's zijn een variatie op de reguliere opleiding. In deze programma's wordt gewerkt met groepen studenten met verschillende academische achtergronden.

Doel

Vanuit de werkgroep wordt de ervaring in het werken met heterogene groepen studenten meegenomen in de ronde tafel sessie waarin we met de deelnemers een aantal vragen exploreren, zoals: Is onderwijsdifferentiatie wenselijk? Op welke manieren kun je onderwijsdifferentiatie stimuleren? Wat kunnen we leren van de ervaringen van zij-inroomprogramma's voor onderwijsdifferentiatie? Hoe kun je inspelen op verschillende achtergronden en ambities van studenten en deze diversiteit inzetten? Is een gevarieerd aanbod aan onderwijstrajecten mogelijk binnen de opleiding geneeskunde? Deelnemers krijgen inzicht in voor- en nadelen van onderwijsdifferentiatie, inzicht in de waarde van diversiteit, en kunnen tot ideeën en suggesties komen hoe zij gebruik kunnen maken van onderwijsdifferentiatie voor verbetering van de onderwijskwaliteit in hun eigen cursus, opleiding of instelling.

Doelgroep

Studenten, docenten, onderwijsontwikkelaars, curriculumontwikkelaars, onderwijscoördinatoren, opleiders, onderwijskundigen.

Opzet: activiteiten en opbrengst

Na een korte introductie worden specifieke thema's binnen het onderwerp van onderwijsdifferentiatie in kleine groepen besproken, afwisselend vanuit verschillende perspectieven (bv vanuit de student, docent, organisatie/bestuur). De opbrengsten van deze discussies worden vervolgens teruggekoppeld en gebundeld in een afsluitende plenaire discussie over het nut, de uitdagingen en de kansen van onderwijsdifferentiatie.

Referenties

1 Sectorakkoord wetenschappelijk onderwijs 2018, Amsterdam 9 april 2018, OCW, VSNU

2 Beoordeling kwaliteitsafspraken hoger onderwijs 2019-2024 Protocol, NVAO, Afdeling Nederland, Mei 2018

Max aantal deelnemers: 30

Trefwoord: Medical education: Trends, Curriculum: General, Students/Trainees: Characteristics

Wijze van presentatie: Rondetafel sessie

G.A. Fast¹, A.E. Oosterbaan¹, N.R. Schepers¹, H.M.E.A. Dijkstra²

¹UMC Utrecht, ²Universiteit Utrecht

Thema

Weet jij zeker dat je met je kwaliteitszorggegevens uitspraken kan doen over de onderwijskwaliteit in jouw organisatie? Zet jij je tijd en kennis daadwerkelijk in ten behoeve van onderwijsverbetering? Wetenschappelijk onderzoek heeft aangetoond dat onderwijskwaliteit niet zomaar valt te meten. Er bestaat bijvoorbeeld weinig correlatie tussen studenttevredenheid en onderwijskwaliteit. Toch wordt er in de kwaliteitszorg in het algemeen grote waarde gehecht aan resultaten uit studentevaluaties. Op welke wijze kwaliteitszorg van onderwijs meer evidence based georganiseerd kan worden, is een complex vraagstuk.

We nodigen je uit om op een andere manier te kijken naar de betekenis van onderwijskwaliteit. Op basis van theorie en discussies krijg je handvatten om kritische prestatie indicatoren (KPI's) in te zetten voor kwaliteitszorg in je eigen situatie. Behalve het vaststellen van zinvolle KPI's staan we ook stil bij het duiden van de resultaten: hoe kan je de KPI's op waarde schatten en hoe moet je deze vooral niet gebruiken.

Doelen

- 1) Vaststellen welke aspecten onderwijskwaliteit bepalen / wat onderwijskwaliteit is
- 2) Benoemen van zinvolle KPI's die inzicht geven in de effectiviteit van het onderwijs
- 3) Koppelen van verschillende bronnen en/of instrumenten aan gekozen KPI's
- 4) Handvatten aanreiken om inzichten in de eigen praktijk te gaan toepassen

Doelgroep

Iedereen die betrokken is bij kwaliteitszorg, waaronder (maar niet beperkt tot): studenten, docenten, managers, opleidingsdirecteuren, kwaliteitszorgmedewerkers.

Opzet: activiteiten en opbrengst

- (1) Uitleg over KPI's gevolgd door een interactieve start: deelnemers beantwoorden stellingen over de relatie tussen de huidige kwaliteitszorgpraktijk en de rol en betekenis van KPI's. Hiermee willen we zichtbaar maken wat deelnemers zelf als 'onderwijskwaliteit' zien, hoe dit gemeten kan worden en ideeën hierover uitwisselen.
- (2) Korte presentatie met theorie over evidence-based evalueren. We gaan o.a. in op definities van onderwijskwaliteit en de vier pijlers voor effectief leren (Will Thalheimer, Performance-Focused Smile Sheets: A Radical Rethinking of a Dangerous Art Form, 2016). Wij leggen de relatie tussen deze pijlers en het gebruik van KPI's. De opbrengst van deze presentatie vormt het kader om kritisch naar de eigen praktijk te gaan kijken.
- (3) Deelnemers oefenen in kleine groepjes met het vaststellen van zinvolle KPI's en bijbehorende meetinstrumenten. Deelnemers wisselen ervaringen uit en bespreken hoe de KPI's in hun eigen praktijk ingezet kunnen worden.
- (4) Plenaire afsluiting: interactieve terugkoppeling van bevindingen en inzichten uit de werkgroepjes. Deelnemers sluiten de workshop af met een concreet plan om nieuwe inzichten te vertalen naar de eigen praktijk: wat heb je nodig, wie kan je daarvoor benaderen, welke partijen moet je aanhaken.

Referentie

1 Will Thalheimer, Performance-Focused Smile Sheets: A Radical Rethinking of a Dangerous Art Form, 2016

Max aantal deelnemers: 25

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

Wijze van presentatie: Workshop

P.G.M. de Jong, R.A. Hendriks, P.J.A. Broersen, M.E.J. Reinders
LUMC

Thema

Massive Open Online Courses (MOOCs) bieden een nieuwe manier voor online leren. MOOCs kunnen kosteloos gevolgd worden, en staan open voor grote diverse groepen studenten van over de gehele wereld. De courses bieden de student een grote verscheidenheid van instructievormen, interactie en toetsing op elke tijd en plek die de student het beste uitkomt. Er is een groeiende interesse om MOOCs in formeel medische onderwijs te integreren. Integratie biedt de docent de mogelijkheid om eenvoudig externe experts "aan het woord" te laten, om bestaande kwalitatief goede materialen van anderen te hergebruiken zonder daarvoor zelf investeringen te hoeven doen, en om bijvoorbeeld de studenten zich te laten verdiepen in ziektebeelden die in ons land minder voorkomen maar waar andere instituten wel ervaring mee hebben. Tevens bieden medische MOOCs innovatieve onderwijsvormen die gericht zijn op kennisconstructie in plaats van kennisoverdracht [1].

Doel

In deze workshop gaan we met de deelnemers verkennen op welke manieren bestaande MOOC materialen zouden kunnen passen in hun eigen onderwijs. Daarna gaan de deelnemers online zelf op zoek naar MOOCs die mogelijk interessant zijn voor hun eigen onderwijs en inventariseren ze daarbij de verschillende online onderwijsvormen die in de MOOC te vinden zijn.

Doelgroep

Docenten die hun onderwijs willen verrijken met online coursemateriaal van (meestal) andere universiteiten.

Opzet: activiteiten en opbrengst

Door de werkgroepvoerders wordt een twaalfstap proces behandeld om te komen tot een goede keuze voor een MOOC [2]. De deelnemers werken in kleine groepjes elke stap uit. Daarna gaan ze ook daadwerkelijk op zoek naar geschikt materiaal voor hun eigen onderwijs. Voor deze workshop is het gewenst dat elke deelnemer zelf een laptop of tablet meebrengt om mee te doen met de online activiteiten. Na afloop van de workshop is de deelnemer bekend met verschillende manieren om een MOOC te integreren, weet de deelnemer waar MOOCs gevonden kunnen worden en waarop gelet moet worden bij het selecteren van een MOOC om in te zetten in het eigen onderwijs. Tevens heeft elke deelnemer concreet 1 of meerdere MOOCs gevonden die geschikt zijn voor het eigen onderwijs.

Referenties

- 1 Hendriks, R.A., de Jong, P.G.M., Admiraal, W.F., Reinders, M.E.J (2019). Teaching modes and social-epistemological dimensions in Medical Massive Open Online Courses: Lessons for integration in campus education. *Medical Teacher*. DOI: 10.1080/0142159X.2019.1592140.
- 2 Peter G. M. de Jong, James D. Pickering, Renée A. Hendriks, Bronwen J. Swinnerton, Fereshte Goshtasbpour & Marlies E. J. Reinders (2019): Twelve tips for integrating massive open online course content into classroom teaching, *Medical Teacher*, DOI: 10.1080/0142159X.2019.1571569

Max aantal deelnemers: 30

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

Wijze van presentatie: Workshop

E8 / Penn room I

Moreel beraad: waardevol opleidingsinstrument voor het leren omgaan met morele dilemma's op de werkvloer

A.J. Hasker, F.J.G. Broekhoff, I.M. Nijholt, B.T. Hoekstra, P.L.P. Brand
Isala

Thema

Moreel beraad: Een waardevol opleidingsinstrument voor het leren omgaan met morele dilemma's op de werkvloer

Doel

De deelnemer kent moreel beraad als methode voor professionals om bij een concreet dilemma bij de behandeling van een specifieke patiënt tot overeenstemming te komen over de vraag wat goede zorg is voor betreffende patiënt. De deelnemer heeft ervaren hoe men aan de hand van moreel beraad tot een gezamenlijk afgewogen plan van aanpak kan komen. De deelnemer onderkent het belang van bewustwording bij zorgprofessionals van de aanwezigheid van verschillende perspectieven op goede zorg. De deelnemer heeft geleerd hoe moreel beraad in de opleiding een belangrijke bijdrage kan leveren aan het identificeren van het patiëntperspectief.

Doelgroep

Opleiders, coassistenten, artsassistenten, onderwijskundigen, beleidsmedewerkers

Opzet workshop, activiteiten en opbrengst

Moreel beraad is een teamoverleg of multidisciplinair overleg over gewetenskwesaties op de werkvloer volgens een gestructureerd stappenplan waarin de volgende fasen achtereenvolgens aan bod komen: beeldvorming, oordeelsvorming en besluitvorming.

-Inleiding:

Tijdens de interactieve inleiding inventariseren we welke ervaringen en verwachtingen deelnemers hebben ten aanzien van moreel beraad. Daarna bespreken we kort de ethische begrippen die tijdens moreel beraad centraal staan: perspectief, waarde en het stappenplan moreel beraad.

De begrippen worden geïllustreerd aan de hand van een concrete casus. De inleiding leidt uiteindelijk tot de formulering van de morele vraag bij de genoemde casus. Deze morele vraag wordt vervolgens tijdens het verkorte moreel beraad besproken.

-Verkort moreel beraad:

Tijdens het moreel beraad gaan de deelnemers de fasen oordeelsvorming en besluitvorming onder leiding van een getrainde gespreksleider moreel beraad bespreken. De fase van beeldvorming is tijdens de inleiding al gepresenteerd. Tijdens deze sessie ervaren de deelnemers zelf de waarde van moreel beraad.

-Evaluatie van het moreel beraad:

Na de bespreking van de casus bespreken we hoe de deelnemers het moreel beraad hebben ervaren en wat ze hebben geleerd. Deze uitkomst vergelijken we met de evaluaties van de moreel beraden in 2018 in Isala van coassistenten (n=18) en artsassistenten (n=15)

-Groepsgesprek:

Wat kunnen de vervolgstappen zijn van de evaluaties voor de eigen situatie?

Hoe kunnen we artsen in opleiding leren om te gaan met de verschillende perspectieven op goede zorg? Van welke methoden maken de deelnemers zelf gebruik in hun opleidingssituatie?

- Afronding:

De moderator presenteert kort de opbrengst van de workshop en vat de belangrijkste boodschappen van de workshop samen.

Referentie

1 Maaïke M. Haan, Jelle L.P. van Gorp, Simone M. Naber and A. Stef Groenewoud, *Impact of moral case deliberation in healthcare settings: a literature review*, BMC Medical Ethics (2018) 1-15

Max aantal deelnemers: 25

Trefwoord: Medical education, not specified, Teaching & learning: Study skills Teaching & learning: Team-based learning

Wijze van presentatie: Workshop

I. Jansen¹, R.E. Stalmeijer², M.E.W.M. Silkens¹, M.J.M.H. Lombarts¹

¹Amsterdam UMC loc. AMC, ²Universiteit Maastricht

Thema

Leren en werken zijn onlosmakelijk met elkaar verbonden binnen het medisch onderwijs. De spanning tussen het garanderen van optimale leermogelijkheden en veilige patiëntenzorg wordt breed erkend. Medische(vervolg)opleidingen staan voor de uitdaging betekenisvolle leersituaties voor studenten te creëren en tegelijkertijd de patiëntveiligheid te bewaken.

Het concept 'opleidingsklimaat' biedt inzicht in de verschillende mechanismen die het leren van coassistenten en arts-assistenten kunnen faciliteren of belemmeren. Hoewel de laatste decennia de aandacht voor het opleidingsklimaat sterk is toegenomen en het belang van een ondersteunend opleidingsklimaat zonder twijfel vaststaat, blijkt het daadwerkelijk verbeteren ingewikkeld.

Doel

Deze workshop heeft tot doel met verschillende stakeholders (afhankelijk van de aanwezigen, maar bijvoorbeeld coassistenten, aios, supervisors, onderwijskundigen, bestuurders) nieuwe ideeën te genereren over hoe een opleidingsklimaat kan worden gerealiseerd waarin studenten zich optimaal kunnen ontwikkelen, en waarin tegelijkertijd veilige patiëntenzorg geborgd is.

Doelgroep

Iedereen die geïnteresseerd is in het ontwikkelen van concrete verbeter suggesties om het opleidingsklimaat binnen de medische(vervolg)opleiding te optimaliseren. De onderwerpen en vragen die in deze workshop aan bod komen, zijn waardevol voor onder andere coassistenten, arts-assistenten, opleiders, onderwijskundigen, bestuurders, decanen en onderzoekers.

Opzet: activiteiten en opbrengst

Workshop deelnemers gaan 'aan de slag' met het opleidingsklimaat in kleine, stakeholder specifieke groepen (vb. studenten, opleiders, onderzoekers). De groepen bespreken authentieke praktijkcasussen die spanningen in het opleidingsklimaat beschrijven. Aan de hand van state-of-the-art onderzoek en theorie zullen deelnemers onderliggende processen die leren binnen het opleidingsklimaat faciliteren of belemmeren, analyseren. Deelnemers zullen mogelijkheden tot optimalisatie van het opleidingsklimaat identificeren in stakeholder specifieke groepen en daarna in gemixte groepen voor een optimale leeropbrengst. De eindopbrengst wordt plenair besproken.

Leerdoelen

Aan het einde van deze workshop hebben deelnemers:

- Inzicht in de stakeholder specifieke perspectieven op het opleidingsklimaat
- Concrete aanknopingspunten hoe het opleidingsklimaat geoptimaliseerd kan worden
- Inzicht in state-of-the-art onderzoek en theorie over het opleidingsklimaat

Max aantal deelnemers: 25

Trefwoord: Education management: Quality Assurance, Teaching & learning: Clinical context, Learning outcomes: All

Wijze van presentatie: Workshop

E10.1 / JF Staal room

Welk onderwijs is relevant? Leerdoelen vaststellen met behulp van de Delphi-methode

N.M. van den Berg, K.S. te Paske, M. Jambroes
UMC Utrecht

Context/probleemstelling of aanleiding

Infectieziektebestrijding en antibioticaresistentie zijn belangrijke public health thema's die tot de basiskennis behoren van alle artsen. Toch is niet duidelijk vastgesteld welke leerdoelen behoren tot die basiskennis, zowel voor het basiscurriculum geneeskunde als voor medische vervolgoopleidingen die buiten het ziekenhuis plaatsvinden. Het Raamplan Artsopleiding 2009#_ftn1 en landelijke opleidingsplannen voor de vervolgoopleidingen bevatten alleen globale en generieke termen. Dit biedt weinig ondersteuning bij onderwijsontwikkeling en garandeert geen minimumcompetentieniveau voor artsen ten aanzien van deze thema's.

Beschrijving van de interventie/innovatie

We gebruikten de Delphi-methode om te inventariseren welke leerdoelen van belang zijn voor infectieziektebestrijding en antibioticaresistentie. Per (vervolg)opleiding werd een Delphi-studie georganiseerd die bestond uit twee tot drie rondes. Hierbij betrokken we steeds relevante experts uit het betreffende vakgebied en aangrenzende vakgebieden. Voor alle Delphi-rondes betrokken we in ieder geval artsen infectieziektebestrijding en deelnemers uit de doelgroep zelf. Overige deelnemers werden per (vervolg)opleiding vastgesteld. Per Delphi-ronde werden drie tot vier expertgroepen betrokken van 10-15 deelnemers per groep. De vragen voor de Delphi-rondes waren gebaseerd op literatuuronderzoek van nationale en internationale curricula en opleidingsplannen. Deze methode is eerst toegepast voor het thema infectieziektebestrijding in het basiscurriculum geneeskunde en vervolgens voor het thema antibioticaresistentie in de medische vervolgoopleidingen tot huisarts, bedrijfsarts, revalidatiearts, specialist ouderengeneeskunde en arts verstandelijk gehandicapten.

Ervaringen/analyse van de implementatie

Op basis van de Delphi-rondes kregen we inzicht in de leerdoelen die experts belangrijk vinden voor de betreffende artsen. Doordat van tevoren niet vastgesteld was hoeveel leerdoelen geselecteerd werden, bleven alleen de meest relevante over. Op basis hiervan is het mogelijk om het onderwijs aan te passen. Zo bleek voor infectieziektebestrijding met name belangrijk dat basisartsen inzicht hebben in hun eigen rol bij het melden van infectieziekten en dat zij basisprincipes kunnen toepassen op een casus. Volgens het expertpanel was feitenkennis over elke infectieziekte van ondergeschikt belang, zolang basisartsen weten waar zij de juiste informatie kunnen vinden.

Lessons learned (implicaties voor de praktijk)

Door samen met experts op basis van een consensusmethode te bepalen welke leerdoelen relevant zijn voor een specifiek onderwerp en een specifieke groep artsen, hebben we inzicht gekregen in de leerdoelen die in het onderwijs aan bod moeten komen. Dit is behulpzaam bij het ontwikkelen van onderwijs in de verschillende opleidingen en kan leiden tot het behalen van een minimumcompetentieniveau, terwijl de mogelijkheid om specifieke accenten te leggen per opleidingsinstituut behouden blijft. Het gebruik van een Delphi-methode om leerdoelen vast te stellen is een zinvolle methode, juist voor onderwerpen die nog niet helder gedefinieerd zijn of wanneer nog geen consensus bestaat over welke aspecten behoren tot essentiële kennis.

Referentie

1 Herwaarden CLA, Laan RFJM, Leunissen RRM. Raamplan Artsopleiding 2009, laatst bekeken 12-04-2019

Trefwoord: Learning outcomes: Research, Curriculum: Outcome/competency-based

Wijze van presentatie: Praktijkpaper

E10.2 / JF Staal room

De effecten van een curriculumherziening binnen Biomedische Wetenschappen op de competentieontwikkeling van studenten

S.F.E. Rovers, A.B.H. de Bruin, J.J.G. van Merriënboer, H.H.C.M. Savelberg
Universiteit Maastricht

Context/probleemstelling of aanleiding

Competentiegericht onderwijs wordt steeds belangrijker in medische opleidingen (Frank et al, 2010). In 2016 is de bacheloropleiding Biomedische Wetenschappen aan de Universiteit Maastricht hervormd. Eén van de belangrijke doelen voor deze hervorming was een sterkere nadruk op de ontwikkeling van biomedische en academische competenties in studenten.

Beschrijving van de interventie/innovatie

Om de competenties van studenten te stimuleren, werden specifieke intended learning outcomes (ILO's) gedefinieerd, die de basis vormden voor nieuwe onderwijs- en toetsingsactiviteiten. Op basis van CanMEDS (Frank & Danoff, 2007) werden vier competenties gedefinieerd: Communicator&Collaborator, Investigator&Scholar, Professional&Organizer, en Biomedical Expert.

Ervaringen/analyse van de implementatie

Doel was om te onderzoeken of de curriculumhervorming het gewenste positieve effect had op de competentieontwikkeling van studenten. Eerstejaars studenten werden geworven uit twee cohorten: Cohort 1 startte hun bacheloropleiding vóór de curriculumhervorming, Cohort 2 startte na de curriculumhervorming. Studenten werd gevraagd om elk jaar van de bachelor een vragenlijst in te vullen. Items om de competenties te meten waren gebaseerd op de ILO's. Vragenlijsten werden aangevuld met focusgroepen in academisch jaar 2016-2017. We rapporteren hier de resultaten van de eerste twee jaar van de bacheloropleiding.

In tegenstelling tot onze verwachtingen, bleek uit een Repeated Measures ANOVA dat studenten uit Cohort 2 geen hogere competentieniveaus rapporteerden dan Cohort 1. Een uitzondering is het domein van van Communicator&Collaborator, maar dit resultaat moet voorzichtig geïnterpreteerd worden vanwege lage betrouwbaarheid van deze subschaal. Verder werden er significante effecten gevonden voor Studiejaar voor de domeinen Investigator&Scholar en Biomedical Expert, wat een verbetering betekent naarmate studenten door de bachelor heen gaan. Echter, interactie-effecten tussen Studiejaar en Cohort waren niet significant, wat betekent dat geen verschil is in ontwikkeling tussen de verschillende cohorten.

Lessons learned (implicaties voor de praktijk)

Een verklaring voor de resultaten kan liggen in het feit dat studenten zelf over hun eigen competenties rapporteerden. Het zou onduidelijk kunnen zijn voor studenten wat er met de verschillende competenties wordt bedoeld, waardoor ze zichzelf wellicht lagere scores geven. Deze interpretatie leek te worden bevestigd door de focusgroepen. Een volgende stap is om de zelfrapportage aan te vullen met objectievere prestatie-maten.

Curriculumhervorming is complex en iteratief. Om inzicht te krijgen in competenties van studenten en ervoor te zorgen dat deze zich kunnen ontwikkelen, zijn duidelijke criteria nodig, zodat studenten begrijpen wat er wordt verwacht.

Referenties

- 1 Frank, J. R., & Danoff, D. (2007). The CanMEDS initiative: implementing an outcomes-based framework of physician competencies. *Medical Teacher, 29*(7), 642-647. doi:10.1080/01421590701746983
- 2 Frank, J. R., Mungroo, R., Ahmad, Y., Wang, M., De Rossi, S., & Horsley, T. (2010). Toward a definition of competency-based education in medicine: a systematic review of published definitions. *Medical Teacher, 32*(8), 631-637.

Trefwoord: Curriculum: Evaluation of curriculum, Learning outcomes: All, Medical education: Undergraduate education

Wijze van presentatie: Praktijkpapier

E10.3 / JF Staal room

Geneeskunde studenten inzetten om hun eigen curriculum te innoveren: een win-win!

R.T. Supheert, J. van Dillen
Radboudum

Context/probleemstelling of aanleiding

Na afgestudeerd te zijn wordt aan jonge artsen regelmatig gevraagd om co-assistenten te superviseren en hen ook les te geven, terwijl zij zelf nog onervaren zijn. De meesten van hen hebben geen ervaring op het gebied van onderwijs geven, wat maakt dat de kwaliteit erg variabel kan zijn. In het huidige geneeskunde curriculum in Nederland worden met name klinische en wetenschappelijke stages aangeboden en is er nauwelijks training op het gebied van onderwijs.

Beschrijving van de interventie/innovatie

Middels een pilot keuze-coschap verschaft de onderwijscommissie van de afdeling gynaecologie en obstetrie van het Radboudumc een senior co-assistent de mogelijkheid om een stage te vervullen binnen het medisch onderwijs. De leerdoelen van deze 3 maanden durende stage waren om te participeren in het ontwikkelen en geven van onderwijs, en waar mogelijk bij te dragen aan innovatie van het curriculum.

Ervaringen/analyse van de implementatie

Wat betreft het participeren was de student betrokken in de voorbereiding en in het lesgeven binnen het bestaande curriculum. Wat betreft het innoveren werd de student gevraagd om een bestaand lesprogramma te updaten over de fysiologische obstetrie. In samenwerking met een grote uitgever zijn twee E-learning modules ontwikkeld welke op nationaal niveau uitgegeven gaan worden voor mogelijk gebruik op alle geneeskunde en verloskunde opleidingen per 1 augustus 2019.

Voor de leden van de onderwijscommissie was het stimulerend om kennis en ervaring te delen en bracht de aanwezigheid van de student het momentum om een langer bestaande wens (updaten lesprogramma) daadwerkelijk aan te pakken.

Lessons learned (implicaties voor de praktijk)

We hebben geleerd dat een student goed in staat is om zijn/haar eigen geneeskunde curriculum te innoveren.

Referenties

- 1 Richard Supheert, MSc, basisarts, afdeling gynaecologie en obstetrie, Radboudumc, Nijmegen (destijds co-assistent)
- 2 Jeroen van Dillen, gynaecoloog, junior principal lecturer, Radboudumc Nijmegen.
- 3 Lenno Dukel, gynaecoloog, principal lecturer, Radboudumc Nijmegen

Trefwoord: Curriculum: Integration, Medical education: General, Teaching & learning: e-learning/computers

Wijze van presentatie: Praktijkpaper

E10.4 / JF Staal room

Het gebruik van Rapid Prototyping methodologie voor het ontwikkelen van onderwijseenheden binnen een HBO Bachelor programma

S.M. Thompson¹, M. Nieuwenhuijze¹, L. Kane Low², R.G. de Vries³

¹Zuyd Hogeschool,²University of Michigan,³Universiteit Maastricht

Context/probleemstelling of aanleiding

Het opleiden van verloskundigen leunt op de combinatie van praktijk en theoretisch-wetenschappelijk onderwijs. Op deze manier ontwikkelt de student competenties om te handelen en te reflecteren op haar/zijn handelen. Centraal staat het vakgebied verloskunde en de bevordering van gezondheid in dat gebied. Voor gezonde vrouwen is de verloskundige een bewezen effectieve zorgverlener en de verloskundige benadering van zwangerschap en geboorte als fysiologisch proces biedt tegenwicht voor een oplopende hoeveelheid medische interventies tijdens de perinatale periode. In de veranderende zorgcontext vraagt dit extra vaardigheden, zelf-effectiviteit en persoonlijke kracht (agency) van studenten verloskunde om haar/zijn rol als 'bevorderaar' van de fysiologie vorm te geven. Verloskundig onderwijs in Nederland dient ervoor te zorgen dat student verloskundigen zich kunnen ontwikkelen naar krachtige pleitbezorgers voor de fysiologische verloskunde.

Beschrijving van de interventie/innovatie

We ontwikkelden een onderwijsprogramma, met als doel de zelf-effectiviteit en persoonlijke kracht (agency) onder student verloskundigen te verhogen. Voor de ontwikkeling van dit programma is gebruik gemaakt van de Rapid Prototyping¹methodologie. Het voordeel van deze methode is de tempo waarmee een product wordt ontwikkeld samen met belangrijke stakeholders die het product uiteindelijk gaan gebruiken. Rapid Prototyping is iteratief en het systematisch ophalen van feedback bij stakeholders in het werkveld en het onderwijs (inclusief studenten) zorgt voor een product dat op maat gemaakt is voor een dynamische omgeving.

Het proces startte met een needs assessment bij stakeholders: management, docenten, studenten en het werkveld. Dit leidde tot het maken van een eerste ontwerp van een 'prototype' programma. Deze is vervolgens in groep interviews voorgelegd aan: student verloskundigen (n=4), verloskundigen uit eerste en tweedelijns setting die studenten begeleiden (n=4) en verloskundige opleiders (n=4). Stakeholders hebben input gegeven dat heeft geleid tot het ontwerp van een definitief prototype die klaar is om getest te worden binnen het curriculum. Het prototype omvat onderwijs gericht op discussie en debat vaardigheden, overtuigend communicatie en reflectie op evidence-based handelen.

Ervaringen/analyse van de implementatie

Drie iteratie-rondes waren nodig om ons prototype klaar te maken voor de pilot- testen in het curriculum. Onderwijs ontwikkelen met behulp van Rapid Prototyping methodologie voldeed aan de behoeftes van onze stakeholders voor het ontwerpen van een doelgericht onderwijsprogramma. We voldeden ook aan de behoeftes van onze onderwijsorganisatie in het ontwerpen van innovatief onderwijs met aandacht voor een verantwoordelijke investering van mensen en middelen.

Lessons learned (implicaties voor de praktijk)

Rapid Prototyping is een geschikte methode om doelgerichte onderwijsproducten te ontwerpen. Het betrekken van belangrijke stakeholders tijdens het proces zorgt voor onderwijs die voldoende draagvlak en aansluiting bij de gebruikers heeft.

Referentie

1 Tripp SD, Bichelmeyer B. Rapid prototyping: An alternative instructional design strategy. *Educ Technol Res Dev.* 1990; 38(1): 31-44

Trefwoord: Learning outcomes: Leadership skills, Medical education: Undergraduate education

Wijze van presentatie: Praktijkpaper

E11.1 / Blue room

Variaties in vormgeving van de wetenschapsstage in de master geneeskunde in Nederland : 'Bildung' of 'Ausbildung'?

C.R. den Bakker¹, F.W. Dekker¹, A.J. de Beaufort¹, C.R. den Bakker²

¹LUMC, ²Werkgroep 'Wetenschappelijke Vorming'

Context/probleemstelling of aanleiding

In Nederland doen jaarlijks gemiddeld circa 2400 geneeskunde masterstudenten een wetenschapsstage.¹ Volgens het *Raamplan 2009* – gebaseerd op de internationaal veelgebruikte CanMeds – behoort een net afgestudeerde arts als academicus wetenschappelijk onderzoek te kunnen toepassen en uitvoeren.

Beschrijving van de interventie/innovatie

Een individuele, hands-on en zelfgestuurde wetenschapsstage lijkt een logische en passende onderwijsvorm om bij te dragen aan de ontwikkeling van deze academicus en is derhalve een verplicht onderdeel van alle Nederlandse geneeskunde masters. Echter, internationaal gezien is een intra-curriculaire wetenschapsstage eerder uitzondering dan regel. Steeds meer medische faculteiten overwegen een dergelijke stage, maar gebrek aan geld, tijd en ruimte in het curriculum vormen een barrière.² Inzicht in deze onderwijsactiviteit in Nederland is waardevol, omdat Nederlandse geneeskunde curricula vanwege jarenlange ervaring als rolmodel kunnen fungeren. Daarom brengt deze landelijke inventarisatie de vormgeving van medische wetenschapsstages in kaart.

Ervaringen/analyse van de implementatie

De wetenschapsstage begint met een onderzoeksvoorstel en vindt plaats op een afdeling naar keuze. De minimale stageduur varieert van 12-20 weken en is bij vijf van de acht faculteiten verlengbaar tot maximaal 24-36 weken. Bij zes van de acht faculteiten is de plek in het curriculum flexibel en mag de stage zowel voor als na de coschappen plaatsvinden. Leerdoelen lopen uiteen van kennismaken met gebruik en uitvoering van onderzoek tot het zo zelfstandig mogelijk kunnen opzetten en uitvoeren van onderzoek. De student wordt begeleid door een gepromoveerd stafid uit het UMC met eventueel een lokaal of dagelijks begeleider, maar richtlijnen voor de mate van begeleiding en feedback zijn divers. Het eindproduct bestaat altijd uit een – meestal Engelstalig – verslag en presentatie, waarbij vijf faculteiten een deadline van 0-8 weken na afloop van de stageperiode hanteren. Daarnaast wordt het functioneren beoordeeld. De helft van de faculteiten hanteert een rubric, welke onderling uiteenlopen. Toetsing van het eindverslag vindt plaats middels het vier-ogen principe met een onafhankelijke tweede beoordelaar. Hierbij heeft het product de zwaarste weging.

Lessons learned (implicaties voor de praktijk)

Ondanks de lange historie van medische wetenschapsstages in Nederland, blijkt deze onderwijsvorm geenszins uniform. Desalniettemin wordt een uniform doel – vorming van de academicus – nagestreefd, waarbij persoonlijke ontwikkeling van het individu, de '*Bildung*', centraal staat. Persoonlijke, flexibele leerroutes blijken echter dilemma's op te leveren in een curriculum waarbij procedures, kaders, toetsing – en daarmee '*Ausbildung*' – op de voorgrond staan om onderwijs voor de massa toegankelijk te maken. Variaties in vormgeving van wetenschapsstages lijken voort te komen uit dit spanningsveld waarbij nagestreefd wordt '*Bildung*' en '*Ausbildung*' te verweven. De gevonden landelijke variaties zouden overdraagbaarheid van een dergelijke onderwijsactiviteit naar internationale context kunnen beïnvloeden.

Referenties

1 Aantal afgestudeerden(basisarts)<https://www.onderwijsincijfers.nl/kengetallen/wo/studenten-wo/aantallen-universitair-medisch-centra>

2 Collier,A.C.Medical school hotline:importance of research in medical education.*Hawaii J Med Public Health*.2012;71(2):53–56.

Trefwoord: Curriculum: General, Research in medical education: Training, Learning outcomes: Research

Wijze van presentatie: Praktijkpaper

E11.2 / Blue room EscapEBM room

R.H.P. van der Knaap, M.J. Bos
Erasmus MC

Context/probleemstelling of aanleiding

Binnen de geneeskunde staat Evidence-Based Medicine (EBM) bekend als taaie stof. Onze EBM-docentengroep van de huisartsopleiding in Rotterdam heeft zich als doel gesteld om EBM toegankelijk en leuk te maken voor huisartsopleiders en artsen in opleiding (aios). Wij hebben een interactieve onderwijsdag ontwikkeld met theorie en praktijk, welke wordt afgesloten met een escape room: de EscapEBM room. Het doel is om Olli de olifant te bevrijden. Olli is niet alleen een symbool van Rotterdam, maar binnen onze opleiding ook het symbool voor EBM, omdat de wetenschap vaak een “elephant in the room” is bij discussies over de behandeling van patiënten.

Beschrijving van de interventie/innovatie

Na een blok theoretisch onderwijs en een spelinstructie worden 4 tot 6 huisartsopleiders of AIOS in een afgesloten ruimte geleid met de opdracht Olli's te bevrijden. In de ruimte liggen allerlei puzzels en vraagstukken. Er kunnen altijd 2 puzzels naast elkaar worden opgelost zodat de groep in 2 subgroepen aan de slag kan. De puzzels beslaan alle relevante aspecten van het EBM-onderwijs, zoals het in elkaar puzzelen van de EBM-triade, het berekenen van een relatief risico, number needed to treat (NNT) aan de hand van snoepjes waarbij verschillende kleuren snoepjes de deelnemers van een randomized controlled trial symboliseren, het zoeken van wetenschappelijke literatuur op Pubmed en het beantwoorden van vragen over een artikel. De antwoorden op elke puzzel leiden tot een 4-cijferige code waarmee een potje of kluis opengemaakt kan worden waarin de volgende opdracht en soms een Olli-knuffel aanwezig is. De Olli's die gevonden worden werken motiverend en versterken het spelgevoel. Alle Olli's, in onze versie 6 stuks, dienen in 1 uur bevrijd te worden om het spel uit te spelen.

Ervaringen/analyse van de implementatie

Deelnemers vinden het leuk om praktisch bezig te zijn met een onderwerp dat vaak als erg theoretisch en saai wordt ervaren. Deze vorm van onderwijs is een leuke afsluiter/knaller. Het geleerde van de EBM-onderwijsdag wordt direct in de praktijk geoefend in spelvorm.

Lessons learned (implicaties voor de praktijk)

kunnen maximaal 3 escape rooms tegelijk worden gespeeld om voldoende overzicht te houden en zo nodig als hulplijn aanwezig te kunnen zijn. Het opbouwen kost ongeveer 1.5 uur per room. Driecijferslotjes zijn te kraken, daarom kan beter gewerkt worden met viercijfercodes. Een praktische interactieve onderwijsvorm in spelvorm op het gebied wetenschap / EBM voor huisartsopleiders en huisartsen in opleiding, waarbij samenwerken centraal staat. Met deze onderwijsvorm kan opgedane EBM-kennis toegepast, geoefend en getoetst worden op een uitdagend en leuke manier.

Trefwoord: Learning outcomes: Research, Learning outcomes: Teamwork, Teaching & learning: Games

Wijze van presentatie: Praktijkpapier

E11.3 / Blue room

Hergebruik van open online onderwijsmaterialen - hoe te integreren in het eigen onderwijs?

F. de Vegt, N.H.J. Creugers, G.A. Zielhuis, J.N.H. van der Woert
Radboudumc

Context/probleemstelling of aanleiding

Het aanbod van open online onderwijsmaterialen groeit –veel Massive Open Online Courses (MOOCs), kennisclips en e-learnings worden aangeboden middels platforms als Coursera, Edx en MedischOnderwijs.nl. De vraag is hoe deze materialen te vinden, beoordelen en gebruiken in eigen onderwijsactiviteiten? Wij beschrijven drie praktijk implementaties met open onderwijsmaterialen voor de curricula Biomedische Wetenschappen (BMW), Geneeskunde en Tandheelkunde aan de Radboud Universiteit Nijmegen.

Beschrijving van de interventie/innovatie

Voor BMW leverde een zoektocht naar open online onderwijsmaterialen voor epidemiologie ruim 70 E-learning modules, MOOCs, kennisclips en multimedia tekstboeken op. Alle materialen zijn beoordeeld op inhoud, niveau en kwaliteit door een master student. Drie goed passende e-learning modules zijn opgenomen in een eerstejaars onderzoeksmethodologie cursus . Deze modules zijn op drie manieren aangeboden en nabesproken: 1) begeleid en samen maken en bespreken, 2) zelfstandig maken en nabespreken in een responsiecollege en 3) zelfstandig maken en bespreken middels een digitale forumdiscussie. Voor de opleidingen Geneeskunde en Tandheelkunde is curriculumbreed content curation onderzoek gedaan. Open content bronnen zijn aan de hand van criteria beoordeeld: inhoudelijk correct, relevant voor het curriculum, didactisch aantrekkelijk, cultureel vertaalbaar, up-to-date, Engelse taal. Voor geneeskunde werden 14.500 bronnen onderzocht waarvan 18,5% voldeed aan de criteria, voor tandheelkunde werden 600 bronnen beoordeeld waarvan 32% voldeed. Bij Geneeskunde zijn enkele geschikte MOOCs hergebruikt in de vrije keuzeruimte, met eigen didactische omlijsting. Bij Tandheelkunde is ingezet op hergebruik van instructievideo's; ontsluiting voor studenten was hier eerste prioriteit.

Ervaringen/analyse van de implementatie

Ruim 95% biomedische studenten vonden zelfstandig maken van de open online e-learning modules prima, en waardeerden de gezamenlijke nabespreking. De derde optie sprak de studenten niet aan, slechts een paar procent vond dit een prettigste methode. Tijdens het onderzoek bij Geneeskunde en Tandheelkunde viel op dat docenten andere criteria voor geschiktheid hanteren dan studenten. Docenten focussen op *kwaliteit*, *actualiteit*, inhoudelijke en ethische *correctheid*, studenten op *studeerbaarheid*.

Lessons learned (implicaties voor de praktijk)

Aanbieden van passende open onderwijsmaterialen naast standaard kernboeken verrijkt het onderwijs. Studenten kunnen dan zelf kiezen hoe ze leerdoelen behalen en hoe ze willen studeren. Door een gecureerde collectie per curriculumonderdeel beschikbaar te stellen is snel een bruikbaar resultaat te vinden. De integratie in het curriculum valt of staat met de adoptie door gemotiveerde docenten die met materialen van "elders" willen werken. Studenten zijn uitermate bereid met open content te werken.

Referenties

- 1 Schuwer, R, Janssen, B. (2017) De waarde van open en open als waarde. Studie naar adoptie van delen en hergebruik van open leermaterialen en cursussen door instellingen voor bekostigd hoger onderwijs. Fontys hogeschool ICT, Eindhoven.
- 2 Van Hees, J, Jacobi, R. (2015) Kansen voor campusonderwijs. Thema uitgave open en online onderwijs. SURF, Utrecht.

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

Wijze van presentatie: Praktijkpaper

E11.4 / Blue room

EBP-leercultuur in verpleeghuizen

J.A.H. van Vught, M. Lovink, G. Bos, M. Laurant
Hogeschool van Arnhem en Nijmegen

Context/probleemstelling of aanleiding

Een toenemende complexiteit van zorgvragen in verpleeghuizen leidt tot veel aandacht voor de kwaliteit van zorg. Om de kwaliteit van zorg te verhogen is een cultuuromslag nodig van 'we doen het altijd al zo' naar 'samen leren en verbeteren' om de best passende zorg voor de cliënt te kunnen garanderen. Echter alvorens we een interprofessionele leercultuur kunnen ontwikkelen in het belangrijk om mbo-professionals voldoende te equiperen om met hoger opgeleide professionals te participeren in een dergelijke leercultuur. Een vaardigheid die hiervoor nodig is, is het werken volgens Evidence Based Practice (EBP), waarbij uitgegaan wordt van de wensen en voorkeuren van de cliënt, de expertise van professionals en wetenschappelijke literatuur (Price, 2005). Het huidige project had tot doel om een EBP-leercultuur binnen zorgteams (teams met veelal mbo-opgeleide verpleegkundigen en verzorgenden) te ontwikkelen.

Beschrijving van de interventie/innovatie

Door middel van realist actieonderzoek met mixed methods is van september 2017 tot december 2018 in dertien zorgteams van vier verpleeghuizen in Nederland gewerkt aan een EBP-leercultuur. De principes van Practice Development (Munten, 2012) werden toegepast om de cultuurverandering te ondersteunen. Hierbij werd gewerkt met EBP-coaches, verpleegkundigen met een hbo of master opleiding, die de zorgteams 'on the job' coachte in verpleegkundig leiderschap en het systematisch werken met de elementen van EBP. Twee externe coaches, docenten hbo-v, coachte de interne coaches. Deze externe coaches gebruikte de aanpak action learning om EBP-coaches te ondersteunen. Tevens hadden de externe coaches ervaring met EBP, implementeren en cultuurveranderingen in zorgorganisaties. Per team werden passende methodieken ingezet om een EBP-leercultuur te ontwikkelen.

Ervaringen/analyse van de implementatie

De EBP-leercultuur is in mindere of meerdere mate ontwikkeld binnen de verschillende zorgteams. Een aantal bevorderende factoren zijn:

Samen leren van onderwerpen die dicht bij de zorgteams staan, bijvoorbeeld mondzorg, katheterzorg en privacy. EBP-coaches die meewerken in de zorgteams en gedurende het werk kritische vragen kunnen stellen. Maar ook kennis hebben van de vertaling van wetenschappelijke literatuur naar de praktijk, de taal van het zorgteam kunnen spreken en prikkelende werkvormen kunnen toepassen.

De structurele inzet van studenten kan een positieve bijdrage leveren aan de leercultuur, doordat zij gedurende de opleiding gewend zijn om kritische vragen te stellen en te werken met de stappen van EBP. De zorgteams ervoeren dat zij door het systematisch werken met EBP beter hun werk konden onderbouwen en makkelijker in gesprek konden gaan met artsen of paramedici.

Lessons learned (implicaties voor de praktijk)

Met intensieve coaching op EBP en leiderschap is het mogelijk om een leercultuur te creëren binnen zorgteams in verpleeghuizen, waardoor zij beter geëquipeerd zijn om te participeren in een interprofessionele leercultuur. Hoe een interprofessionele leercultuur ontwikkeld kan worden en welke factoren daartoe bijdragen moet verder worden onderzocht.

Trefwoord: Medical education: Undergraduate education, Teaching & learning: General, Learning outcomes: Teamwork

Wijze van presentatie: Praktijkpapier

E12.1 / van Walsum room

Studenten motiveren om huisarts op het platteland te worden: De Beierse aanpak

M. Wijnen-Meijer¹, T. Brandhuber², T. Herzog², P.O. Berberat², A. Schneider²

¹Technische Universität München / Fakultät, ²Technische Universität München

Context/probleemstelling of aanleiding

In verschillende landen is er een toenemend tekort aan huisartsen in de landelijke gebieden. Dit is ook het geval in Beieren in Duitsland. Ervaringen in andere landen, zoals Canada en Australië [1], tonen aan, dat het belangrijk is om studenten vroeg te interesseren voor het werk als huisarts op het platteland.

Beschrijving van de interventie/innovatie

Na een succesvolle pilot in de regio Dillingen, is het programma uitgebreid naar vijf andere regio's. Studenten kunnen op elk moment tijdens de opleiding geneeskunde instromen in het programma, dat bestaat uit de volgende onderdelen:

Aanvullend onderwijs op het gebied van de huisartsgeneeskunde;

Een huisarts die de rol van mentor vervult;

Regelmatig "uitstapjes" naar de verschillende regio's, waarbij het programma deels een inhoudelijk en deels een sociaal karakter heeft;

Mogelijkheid om (onderzoeks)projecten en (keuze)stages in de gewenste regio te doen;

Actieve betrokkenheid bij de huisartsenvereniging en sociale activiteiten in de regio;

Ondersteuning van lokale bestuurders bij het vinden van woonruimte, een baan voor de partner en mogelijkheden voor kinderopvang;

Optioneel: toelage van €600 per maand, met de verplichting om gedurende een bepaalde periode als huisarts-in-opleiding in een van de landelijke regio's te werken.

Parallel daaraan is er een scholingsprogramma opgezet voor huisartsen ter ondersteuning van hun rol als opleider.

Ervaringen/analyse van de implementatie

De eerste ervaringen tonen aan dat het vooral belangrijk is dat huisartsen in de regio een actieve rol spelen in het programma. Als zij enthousiast zijn over hun werk en de studenten de kans krijgen om deze huisartsen te leren kennen, vergroot dat de kans dat de studenten kiezen voor een stage en eventueel opleidingsplaats in de regio. Van de 14 studenten die aan de pilotgroep in Dillingen hebben meegedaan, hebben 9 studenten gekozen voor de huisartsopleiding in die regio [2].

Lessons learned (implicaties voor de praktijk)

Het lijkt effect te hebben als studenten vroeg in de geneeskunde opleiding verbonden worden aan de huisartsopleiding en de regio. Dit vraagt een gezamenlijke inzet van vertegenwoordigers van de huisartsopleiding, de opleiding geneeskunde, lokale bestuurders en regionale ziekenhuizen en huisartsen. Een financiële toelage lijkt van ondergeschikt belang te zijn.

Referenties

- 1 Ray RA, Young L, Lindsay D. Shaping medical students understanding of and approach to rural practice through the undergraduate years: a longitudinal study. BMC Medical Education 2018; 18:147.
- 2 Barth N, Storr C, Bechtel U, Schelling J, Schneider A: "Die sind hier Hausärzte mit Leib und Seele und das steckt an"- Eine qualitative Vergleichsstudie des PJ- Modellprojekts 'Ausbildungskonzept Allgemeinmedizin Dillingen' (AKADemie). Z Allg Med. 2017; 93(2): 68-72.

Trefwoord: Medical education: All, Curriculum: All, Students/Trainees: Career choice,

Wijze van presentatie: Praktijkpaper

D. The-Akkermans, K.M. Stegers-Jager, W. de Leng
Erasmus MC

Context/probleemstelling of aanleiding

De laatste jaren ontstaan er steeds meer particuliere coach “bedrijfjes” die pretenderen kandidaten klaar te stomen voor de decentrale selectie. Nadat kandidaten een aanzienlijk bedrag hebben betaald krijgen zij toegang tot persoonlijke coaches, uitleg van leerstrategieën en trainingen waarmee ze “hopelijk fluitend door de decentrale selectie komen” (zie bijvoorbeeld www.decentraleselectiehulp.nl). De decentrale selectie is voor kandidaten een spannende gebeurtenis, waardoor kandidaten alle mogelijkheden die (ogenschijnlijk) de kans op toelating vergroten aangrijpen. Naast het feit dat wij niet geloven in dit soort trainingen, de organisatoren zijn immers niet verbonden aan onze opleiding en dus niet goed op de hoogte van de inhoud van de decentrale selectie, veroorzaakt dit ook onrust én schijnzekerheid bij de kandidaten. Daarnaast werkt het oneerlijkheid in de hand; immers niet alle kandidaten kunnen een dergelijke training betalen.

Beschrijving van de interventie/innovatie

De populariteit van hierboven beschreven trainingen/coaching geeft aan dat kandidaten behoefte hebben aan meer uitleg over de decentrale selectie. Daarnaast vinden wij het belangrijk dat áls kandidaten kiezen voor coaching deze coaching toegankelijk is voor iedereen, ook als een kandidaat hier geen groot geldbedrag voor (over) heeft, en dat de gedeelde informatie direct van de bron komt. Dit heeft ons doen besluiten een coachingsdag voor kandidaten aan de decentrale selectie te organiseren. Tijdens deze dag krijgen kandidaten uit eerste hand, van de mensen die verantwoordelijk zijn voor de selectie, de ins & outs van de selectie te horen. We vertellen hoe de selectie werkt, geven een preview van de toetsen (inclusief voorbeeldvragen) en nemen met de kandidaten het deelnameformulier en de bijbehorende handleiding door. Tenslotte is er voldoende ruimte om vragen te stellen.

Ervaringen/analyse van de implementatie

Sinds december 2015 hebben we de coachingsdag vier keer georganiseerd. Het aantal deelnemers schommelt tussen de 403 (2015) en 500 (2017). Uit evaluaties blijkt dat kandidaten de coachingsdag positief beoordelen. Ze hebben het gevoel meer kans te hebben op een opleidingsplek en ze hebben meer vertrouwen in hun deelname en nieuwe informatie over de decentrale selectie gekregen. Daarnaast geeft ruim 80% van de respondenten aan (naar aanleiding van de coachingsdag) geen coaching/training te gaan volgen bij een particulier coach bedrijfje.

Lessons learned (implicaties voor de praktijk)

Om de coachingsdag voor de kandidaten aantrekkelijk te maken hebben we de afgelopen jaren deelnemers extra punten voor hun deelnameformulier (onderdeel decentrale selectie) gegeven. Dit had echter tot gevolg dat sommige kandidaten alleen voor de punten kwamen, niet voor de verstrekte informatie, en daarom zo snel mogelijk na de registratie weer naar huis wilden. We hebben daarom besloten in de toekomst wel door te gaan met het organiseren van de coachingsdag, maar geen extra punten meer toe te kennen voor aanwezigheid.

Trefwoord: Education management: Selection of students/trainees

Wijze van presentatie: Praktijkpaper

K. Alen, K. Geens, S. Snoeck, B. Dubois
KU Leuven

Context/probleemstelling of aanleiding

In het nieuwe zesjarige curriculum van de opleiding geneeskunde aan KU Leuven, kiezen studenten in het eerste masterjaar twee voorkeurdisciplines voor twee keuzeblokken van zes weken in hun grote masterstage die doorgaat in het tweede masterjaar. Uit onderzoek blijkt dat praktijkervaringen tijdens het medisch onderwijs een belangrijke impact hebben op de uiteindelijke voorkeurdiscipline van specialisatie. Deze keuze wordt meer gefundeerd wanneer de percepties van geneeskundestudenten op disciplines meer adequaat zijn². Het hertekenen van het Leuvense curriculum van zeven naar zes jaar verkleinde de ruimte om praktijkervaringen op te doen. Hierdoor zou het voor studenten moeilijker worden om een gefundeerde keuze te maken voor de disciplines in de grote masterstage.

Beschrijving van de interventie/innovatie

Om studenten te ondersteunen in hun keuzeproces, worden sinds de curriculumhervorming op vrijwillige basis Korte Keuze Kijkstages (KKK) aangeboden in masterjaar één. Hierin maken studenten kennis met drie disciplines in de geneeskunde. De studenten maken zelf de keuze tussen een niet-vertrouwde discipline of een discipline waar hun voorkeur voor verdere specialisatie mogelijks naar uitgaat. Per KKK kunnen de studenten telkens gedurende één hele dag kennismaken met deze discipline. Via een enquête werden de eerste ervaringen met deze KKK geïnterviewd.

Ervaringen/analyse van de implementatie

Uit de resultaten (n = 336, responsgraad = 165/336 of 49%) blijkt dat meer dan de helft van de respondenten het gevoel had dat de KKK hen in meer of mindere mate hebben geholpen bij het maken van een meer gefundeerde keuze voor keuzeblokken tijdens de grote masterstage. Deze bevinding geldt zowel voor zij die reeds een voorkeurdiscipline hadden voor ze deelnamen aan de KKK, als voor zij die nog geen voorkeur hadden. Ruim 1 op 5 van de respondenten wijzigde ook minstens één van zijn voorkeuren op basis van hun ervaringen tijdens de KKK. De belangrijkste reden om niet te veranderen van oorspronkelijke voorkeur, is het bevestigd zien van deze keuze tijdens de KKK. Als belangrijkste reden om de voorkeursdiscipline wel te wijzigen, geven de respondenten aan dat de oorspronkelijke voorkeur toch niet voldoende aansprak.

Lessons learned (implicaties voor de praktijk)

Door eerder in het curriculum beperkte ervaringen op te doen in de KKK's, voelen studenten zich ondersteund in hun keuzeproces voor keuzedisciplines in de grote masterstage¹. De resultaten leidden ertoe dat de faculteit het aanbod KKK's vergrootte. Studenten hebben de mogelijkheid om vanaf 2019-2020 vijf in plaats van drie disciplines te kiezen. Verder onderzoek moet nog uitwijzen om welke redenen studenten voor een bepaalde discipline in de KKK's kiezen.

Referenties

- 1 Mihalyuk et al. (2006). Free choice and career choice: Clerkship electives in medical education. *Medical Education*, 40(11), 1065-1071.
- 2 Querido et al. (2015). Dynamics of career choice among students in undergraduate medical courses. *Medical Teacher*, 38(1), 18-19.

Trefwoord: Curriculum: Options / electives, Students/Trainees: Career choice, Teaching & learning: Clinical context

Wijze van presentatie: Praktijkpapier

F.E. van de Zuidwind

De Geneeskundestudent

Context/probleemstelling of aanleiding

'De juiste student op de juiste plek', dat zou de invoer van decentrale selectie meer teweeg moeten gaan brengen. Sinds 2015 de loting is afgeschaft kwam de verantwoordelijkheid voor de vertaling van de selectie naar de praktijk bij de medische faculteiten te liggen. Hierdoor lopen de verschillende procedures in aanmerkelijke mate uiteen.

Echter is er discussie over de effectiviteit van de decentrale selectie. Zo zou selectie aan de poort niet leiden tot een instroom van betere studenten. Mogelijk levert het zelfs een minder diverse studentenpopulatie op [1]. Wanneer we willen streven naar een artsen populatie die een afspiegeling is van de samenstelling van onze bevolking, dient de selectieprocedure te worden herzien.

In de jaarlijkse enquête van De Geneeskundestudent is er een vraag opgenomen over decentrale selectie met als doel inzicht te krijgen in hoe de geneeskundestudenten de huidige selectie hebben ervaren en daarbij suggesties te geven ter verbetering van de selectie. Deze vraag is beantwoord door 1448 geneeskundestudenten.

Beschrijving van de interventie/innovatie

Vanaf studiejaar 2016-2017 zijn alle medische faculteiten verplicht alle geneeskundestudenten te selecteren via (decentrale) selectie. Deze decentrale selectie moet gebaseerd zijn op eerder behaalde cijfers, persoonlijkheidskenmerken en motivatie van de aspirant-student.

Ervaringen/analyse van de implementatie

De data voor het onderzoek is vergaard middels een digitale enquête met een persoonlijke link. 3.352 respondenten hebben de enquête volledig ingevuld. De enquête bevatte 78 vragen, waarvan 10 vragen over selectie. Studenten zijn geïncludeerd indien ze alle vragen van de enquête hebben ingevuld. De gegevens zijn anoniem geanalyseerd.

Deze praktijkpaper is gebaseerd op de analyse van de antwoorden op de vraag: *'Heb jij suggesties ter verbetering van de selectie of procedure die jij hebt doorgemaakt bij de toelating tot de studie geneeskunde?'* 1448 studenten hebben deze open vraag ingevuld. Deze antwoorden zijn kwalitatief gecodeerd ten behoeve van de analyse van de resultaten.

Uit de suggesties vanuit studenten komt voornamelijk naar voren dat de sociale vaardigheden zwaarder moeten gaan meewegen in de selectieprocedure, naast de cijfers en toetsen, om ervoor te zorgen dat de beste toekomstige artsen nog beter geselecteerd gaan worden. Daarnaast wordt motivatie als een bepalende factor beschouwd voor het succesvol belopen van de geneeskundestudie.

Lessons learned (implicaties voor de praktijk)

Focus verleggen van cijfers en toetsen naar sociale vaardigheden. Een persoonlijk motivatiegesprek en een patiëntcasus met behulp van een acteur als onderdeel van de decentrale selectie. Gelijktrekken van de decentrale selectie per faculteit.

Referentie

1 Wouters, A. *Perspect Med Educ* (2018) 7: 54. <https://doi.org/10.1007/s40037-017-0398-1>

Trefwoord: Education management: Selection of students/trainees, Students/Trainees: Characteristics, Students/Trainees: Gender

Wijze van presentatie: Praktijkpaper

E13 / van der Veecken room

BROOZ: een ervaringsgericht en educatief bordspel om zorgverleners te vormen omtrent maatschappelijke kwetsbaarheid rondom zwangerschap en geboorte

A.D.C. De Craecker
Arteveldehogeschool Gent

Thema

BROOZ is een ervaringsgericht en educatief bordspel. Het spel werd ontwikkeld om (toekomstige) professionals en vrijwilligers te vormen omtrent maatschappelijke kwetsbaarheid rondom zwangerschap en geboorte. BROOZ verwijst naar een broze of breekbare zwangerschap, de 'z' staat voor 'zwanger', de 'oo' voor de bril waarmee we naar kwetsbare gezinnen kijken. BROOZ werd ontwikkeld in het kader van een dienstverleningsproject aan de Arteveldehogeschool Gent 'Een buddy bij de wieg'. Hierbij coachen studenten Vroedkunde en Sociaal werk kwetsbare gezinnen tijdens de periode van zwangerschap en geboorte.

Doel

Het spelen van het spel verhoogt het inzicht in sociale determinanten van maatschappelijke kwetsbaarheid en dit leidt tot een aangescherpt empathisch inlevingsvermogen. Dit helpt de doelgroep te groeien in de eigen professionele competenties om betere zorg te kunnen bieden. Zorg die aangepast is aan de noden van kwetsbare gezinnen.

Doelgroep

De doelgroep bestaat uit medische en sociale zorgverleners die met zwangeren in contact komen (medici, paramedici, sociaal werkers en medewerkers uit sociale organisaties), vrijwilligers en studenten middelbaar (vanaf 16 jaar) en hoger onderwijs.

Opzet: activiteiten en opbrengst

Het spelbord zelf ziet er uit als een stad. De spelers worden uitgedaagd om in de huid van één van de zes personages te kruipen die tijdens het spel gepland of ongepland zwanger worden. Het spel geeft de speler een antwoord op de vraag: leidt een ongelijke startkans automatisch tot een ongelijke outcome voor moeder en kind? Door reflectie en feedback helpt de spelbegeleider de spelers om met een andere bril naar een broze of kwetsbare zwangerschap te kijken.

Max aantal deelnemers: 24, Het spel wordt gespeeld in groepjes van 6 tot 12 deelnemers. Voor NVMO wordt met 2 groepen gespeeld. Elke groep wordt begeleid door een spelbegeleider.

Trefwoord: Learning outcomes: Professionalism / attitude / ethics, Teaching & learning: Games, Teaching & learning: Experiential learning

Wijze van presentatie: Workshop

Implementatie van curriculum veranderingen: hoe betrek je de diverse stakeholders?

S.N.E. Meeuwissen¹, M.G.A. Oude Egbrink¹, F. Velthuis², A.D.C. Jaarsma²

¹Universiteit Maastricht, ²UMC Groningen

Thema

Gezien de razendsnelle ontwikkelingen in de zorg en het onderwijs, zijn veranderingen in de verschillende opleidingen voor zorgprofessionals noodzakelijk. Deze gevraagde curriculum veranderingen zijn niet alleen een veel voorkomend, maar ook een terugkerend proces. Desondanks blijven curriculum veranderingen complex en uitdagend. Een van de uitdagingen is het omgaan met een grote, diverse en vaak ook interdisciplinaire groep aan stakeholders. In deze workshop zullen we methoden ontwikkelen om deze diverse stakeholders in de eigen, lokale setting succesvol te betrekken bij de implementatie van curriculum veranderingen. Dit doen we gebaseerd op recent afgeronde onderzoeken in combinatie met praktische opdrachten. Zo leren deelnemers stakeholders 1) te identificeren en 2) te betrekken.

Doel

Deelnemers leren om te gaan met de diversiteit aan stakeholders in de implementatie van curriculum veranderingen. Hier geldt immers: 'van diversiteit naar inclusie, samen naar optimaal onderwijs!' We doen dit vanuit zowel een theoretisch perspectief als praktisch, door het publiek ervaringen te laten delen over curriculum veranderingen en hen te laten werken aan een stakeholder analyse.

Doelgroep

Eenieder die betrokken is bij curriculum veranderingen in het basiscurriculum of een soortgelijke setting, of die vaardigheden wil versterken in het omgaan met een diverse groep aan stakeholders in onderwijsontwikkeling. Te denken valt aan beleidsmakers, curriculumontwikkelaars, programma directeurs en docenten.

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 en hebben ervaren m.b.t. curriculum implementatie en diverse stakeholders;

Activiteit 2: Een plenaire, interactieve presentatie over het theoretisch kader omtrent curriculum implementatie en hints praktijkperikelen.

Opbrengst: Inzicht in de complexiteit en uitdagingen van curriculum implementatie, specifiek het betrekken van stakeholders;

Activiteit 3: Uitwerken van een stakeholder analyse voor onderwijs veranderprocessen. Na bewustwording van de diversiteit aan stakeholders gaan de deelnemers een kritische reflectie uitvoeren a.h.v. ervaren curriculum veranderingen en succesvolle benaderingen voor de inclusie van stakeholders.

Opbrengst: In staat zijn een stakeholder analyse te verrichten gericht op de eigen, lokale setting plus constructief kritisch kunnen evalueren van het betrekken van stakeholders in de eigen (onderwijs)praktijk.

Activiteit 4: Plenaire wrap-up

Opbrengst: Onduidelijkheden verhelderen en take-home messages verschaffen: welke strategieën kun je mee naar de eigen praktijk nemen, om de diverse groep stakeholders te betrekken en de implementatie van curriculum veranderingen te verbeteren?

Referenties

- 1 Edwards RA, Venugopal S, Navedo D, Ramani S. Addressing needs of diverse stakeholders: Twelve tips for leaders of health professions education programs. *Med Teach.* 2019;41:17-23.
- 2 Velthuis F, Varpio L, Helmich E, Dekker H, Jaarsma ADC. Navigating the complexities of undergraduate medical curriculum change: change Leaders' perspectives. *Acad Med.* 2018;93:1503-1510.

Max aantal deelnemers: 30

Trefwoord: Education Management: Change, Education management: General

Wijze van presentatie: Workshop

E15 / Leeuwen room II

Interculturele gespreksvoering voor eerstejaars geneeskundestudenten: kennismaken met de eigen stereotypes en vooroordelen die het consult kleuren

D. Roosdorp, J. Jeltès
Amsterdam UMC loc. VUmc

Thema

Artsen krijgen in onze multiculturele samenleving steeds meer te maken met patiënten met uiteenlopende culturele achtergronden. Ze geven aan dat het contact bemoeilijkt wordt door enerzijds de taalbarrière en anderzijds de interculturele verschillen zoals de andere wijze van klachtpresentatie, verwachtingen van de arts en bespreken van taboeonderwerpen. Daarom is het van belang dat toekomstige artsen getraind worden in communicatie met patiënten uit verschillende culturen. In dit practicum voor eerstejaars geneeskundestudenten aan Amsterdam UMC, locatie VUmc, is aandacht voor het aanleren van praktische vaardigheden én voor het creëren van een bewustzijn van de eigen 'culturele bril'. Het inzicht dat iedereen wordt beïnvloed door stereotypes en vooroordelen, ontstaat doordat studenten dit in gesprek met een simulatiepatiënt aan den lijve ondervinden. Studenten leren welke gespreksvaardigheden ingezet kunnen worden wanneer er sprake is van een taalbarrière tussen arts en patiënt en leren explorerende vaardigheden inzetten als er sprake is van cultuurverschillen. Een waardevolle toevoeging in dit onderwijs is dat de 'studentsimulatiepatiënten' ouderejaars geneeskundestudenten zijn van niet-Westerse komaf. Zij dragen bij aan de les in de rol van expert en ervaringsdeskundige. De les werd de afgelopen jaren als zinvol ervaren (N = 36, m= 4,14 op Likert schaal). Ook de studentsimulatiepatiënten ervaren het als zinvol bij te dragen aan dit onderwijs.

Doel

De deelnemers: doen inzicht en ideeën op voor inpassing van dit thema in hun eigen curriculum
doen ideeën op voor inzetten van student-simulatiepatiënten in onderwijs
ervaren hoe de eigen culturele bril de gespreksvoering beïnvloedt
ervaren hoe een taalbarrière de communicatie bemoeilijkt en welke vaardigheden ze kunnen toepassen in een dergelijke situatie

Doelgroep

Curriculumontwikkelaars, docenten, studenten, coassistenten en artsen.

Opzet: activiteiten en opbrengst

Opzet

De deelnemers ervaren een verkorte versie van de oorspronkelijke les. Na een korte kennismaking en introductie worden in een interactieve oefening een aantal psychologische processen behandeld die mogelijk invloed hebben op interculturele gespreksvoering (referentiekader, vooroordelen, zelfreflectie, open houding en intuïtie). Vervolgens wordt de invloed van deze processen duidelijk doordat deelnemers in twee subgroepen zelf in gesprek gaan met een studentsimulatiepatiënt. Zij oefenen in twee consulten met interculturele gespreksvoering: één waarbij sprake is van een taalbarrière en één waarbij sprake is van een cultuurverschil tussen arts en patiënt. Na afloop wordt met de groep besproken welke inzichten de simulaties hebben opgeleverd. Er wordt afgerond met een discussie over toepassing van dit thema in onderwijs.

Verwachte opbrengst

De workshop levert nieuwe inzichten en werkvormen op voor eigen onderwijs rondom het thema diversiteit.

Max aantal deelnemers: 20

Trefwoord: Learning outcomes: Communication skills, Teaching & learning: Simulation, 58. Learning outcomes: Professionalism / attitude / ethics

Wijze van presentatie: Workshop

Maak uw storyboard voor een blended leerlijn

I. de Boer¹, M. Doets², N. de Bruycker¹, R.H. Paap³, C.P. Tensen¹, M. Jonker³, S. Brul³

¹LUMC, ²Erasmus MC, ³Amsterdam UMC loc. AMC

Thema

Blended learning. Hoe zorgen wij voor onderwijs dat stimuleert en het leren van studenten verdiept? Een van de mogelijkheden is het blenden van onderwijs. Het betreft een mix (blend) van online opdrachten en contactmomenten. Traditioneel vindt instructie vaak plaats in face to face onderwijs waarna studenten oefenen in zelfstudieopdrachten (huiswerk) en worden deze opdrachten soms besproken in een nieuw contactmoment, waarna al weer snel doorgedaan wordt met instructie van nieuwe inhoud. Bij blended learning is er sprake van een weloverwogen mix van opdrachten: online en face to face, soms ondersteund door offline materiaal (boeken, readers). Een doel kan bijvoorbeeld zijn het contactmoment tussen student en docent optimaal te benutten door voort te bouwen op de voorbereiding en in te gaan op misconcepties in de voorbereiding. De docent zal zich hierop voorbereiden om de nadruk te leggen op die concepten die nog niet begrepen worden en om discussie en verdieping aan te kunnen brengen op onderwerpen die wel beheerst worden. In de praktijk blijkt de meerwaarde van blended learning moeilijk te meten en is de methode niet zonder meer succesvol, de effectiviteit wordt vooral bepaald door de kwaliteit van de opdrachten en de mate van integratie tussen het online en face to face onderwijs. In deze workshop leert u aan de hand van ervaringen van de opleidingen Biomedische Wetenschappen (BMW) van de UvA (FNWI & Amsterdam UMC), de opleiding Biomedische Wetenschappen (BW) van het LUMC en een opleiding van het Erasmus MC hoe u blended learning kunt inzetten ten behoeve van een succesvolle innovatie.

Doel

- Inzicht in uitgangspunten voor het ontwerpen van blended opdrachten.
- Kunnen maken van een eerste ontwerp van opdrachten met blended learning.
- Kennis nemen van inzet van blended learning in leerlijnen bij opleidingen van drie instellingen.
- Verkennen van mogelijkheden voor toepassing van blended learning in de eigen opleiding.

Doelgroep

Docenten, studenten, coördinatoren, onderwijskundigen.

Opzet: activiteiten, opbrengst

In de workshop ervaren deelnemers het doorlopen van twee ontwerpstappen om tot blended learning opdrachten te komen. Dit doen zij op basis van gedeelde uitgangspunten van voorbeelden in drie instellingen. Materiaal van de leerlijn Biomedical Informatics (BW opleiding LUMC) en de leerlijn Omics en Systeembio (BMW opleiding UvA/Amsterdam UMC), dienen als materiaal voor de opdrachten in de workshop. Eerste stap is oriëntatie op de inhoud van de casus in een werkvorm gebruikt bij een van de instellingen, tweede stap resulteert in, op basis van gegeven leerdoelen, een ontwerp van een opzet van (een) blended learning opdracht(en). Aanpak van de drie instellingen en mogelijkheden voor toepassing in de praktijk van de deelnemers zelf worden bediscussieerd.

Referentie

1 N.R. Bos, Effectiveness of Blended Learning - Factors Facilitating Effective Behavior in a Blended Learning Environment (2016)

Max aantal deelnemers: 20

Trefwoord: Teaching & learning: Blended learning, Curriculum: Student-centred, Medical education: Trends

Wijze van presentatie: Workshop

E18.1 / Exchange hall

Het onderwijsportfolio voor klinici: een evenwichtsoefening tussen onderwijskwaliteit en klinische praktijk

V. Hulpiau, S. Creten, K. Alen
KU Leuven

Context/probleemstelling of aanleiding

De KU Leuven is trendvolger voor de Basiskwalificatie Onderwijs (BKO). In elk BKO-traject, voorziet de Leuvense variant ondersteuning voor docenten (in de vorm van didactische cursussen, feedbacksessies, ...) en een toetsing van een onderwijsportfolio door een commissie. Daarnaast zijn er enkele bijzonderheden:

- De ondersteuning is universiteitsbreed voor alle 16 disciplines (niet per discipline of faculteit).
- Naast basiscompetenties als o.a. ontwerpen/verzorgen/evalueren van onderwijs, vraagt KU Leuven ook input over: 'visie op onderwijs', 'participatie aan de onderwijsorganisatie' en 'toekomstperspectief'.
- Het onderwijsportfolio telt max. 4500 woorden in een open format. De docent reflecteert over alle ontwikkeldomeinen.
- De toetscommissie bestaat enkel uit 'peers' (geen leidinggevende noch onderwijskundig expert).
- Deze toetscommissie (±6 personen) heeft een gesprek met de docent in kwestie. Na afloop kent de commissie een eindoordeel toe.

Het uitwerken van een onderwijsportfolio is geen eenvoudige opdracht voor docenten. Na enkele rondes bleek het onderwijsportfolioproces bij uitstek een moeilijke opdracht voor docenten binnen de Faculteit Geneeskunde, met een zeer beperkte onderwijsopdracht en zonder eindverantwoordelijkheid voor een vak. We onderzochten hoe we deze docenten naast de meer algemene initiatieven en tips (e.g. Little-Wienert, K., & Mazziotti, M. (2018)) meer gerichte ondersteuning kunnen bieden.

Beschrijving van de interventie/innovatie

Om beter zicht te krijgen op de problematiek werden gesprekken gevoerd met docenten (n=5) die het portfolioproces hadden doorgemaakt en met voorzitters (n=2) van de toetscommissie Biomedical Sciences. Twee docenten hadden het proces een tweede keer doorlopen nadat zij initieel een onvoldoende hadden gekregen.

Ervaringen/analyse van de implementatie

Docenten lopen tegen volgende barrières aan:

- Onduidelijkheid over de verwachtingen t.a.v. het onderwijsportfolio (het waarom, belang van reflectie,...);
- Moeite om een eigen onderwijsvisie te verwoorden;
- Te weinig affiniteit met het onderwijskundig jargon en de visie op onderwijs van universiteit en faculteit;
- Het vinden van aanknopingspunten in de beperkte onderwijsopdracht en een goede structuur voor het onderwijsportfolio (keerzijde van het open format);
- De benodigde tijdsinvestering staat niet in verhouding tot de omvang van hun onderwijsopdracht.

Lessons learned (implicaties voor de praktijk)

Op basis van deze input wordt de ondersteuning voor docenten aangepast. In hoofdlijnen zal die meer gecontextualiseerd worden: onderwijsopleiding op maat van de discipline, sterker inzetten op dialoog tussen docenten, kennisclips, schrijfsessies, ...

Hoe zorg je ervoor dat de ondersteuning beter tegemoet komt aan de noden van docenten zonder docenten te zeer te sturen en met behoud van het open format van het onderwijsportfolio? Hoe tijdsinvestering verzoenen met de beperkte onderwijsopdracht en omvangrijke klinische opdracht?

Referenties

- 1 VSNU. (2018). Professionalisering van docenten aan de universiteit. De BKO en daarna(ast). Geraadpleegd van: <http://www.vsnu.nl/files/documenten/Professionalisering%20van%20docenten%20aan%20de%20universiteit.PDF>
- 2 Little-Wienert, K., & Mazziotti, M. (2018). Twelve tips for creating an academic teaching portfolio, *Medical Teacher*, 40(1), 26-30.

Trefwoord: Teachers/Trainers: Faculty/Staff development, Teachers/Trainers: Recognition / Promotion / Tenure, Teachers/Trainers: Teacher evaluation

Wijze van presentatie: Poster

H.T.M. Janssen, C. de Brouwer, M. Pullens
Fontys Hogeschool

Context/probleemstelling of aanleiding

De duale Masteropleiding Advance Nursing Practice leidt verpleegkundigen op tot verpleegkundig specialist (VS), met sterke focus op leren in de praktijk. De verpleegkundige in opleiding tot specialist (vios) is in dienst van de praktijk, begeleidt door VS en artsen. Het opleidingsinstituut faciliteert praktijkopleiders door individuele en groepsgerichte informatie en training en heeft bovendien de taak om kwaliteit van opleiden in de praktijk te bewaken. Gezien de grote wisseling in praktijkopleiders is dit een uitdaging. Binnen medische vervolgoopleidingen is enkele jaren geleden het SPEED instrument geïntroduceerd voor monitoring van het praktijkleerklimaat. Bij deze opleidingen is veelal sprake van een vaste opleidingsgroep, voor langere tijd verbonden aan opleiden van coassistent/aio's. De opleidings situaties van coassistent/aio's en viossen zijn niet te vergelijken, deze pilot verkent in hoeverre het SPEED instrument betekenisvolle informatie oplevert voor monitoring van het praktijkleerklimaat van de vios.

Beschrijving van de interventie/innovatie

Het SPEED instrument is in 2018 afgenomen bij eerstejaars en tweedejaars viossen, voornamelijk in opleiding in ziekenhuizen, huisartsenpraktijken en ouderzorginstellingen bij Fontys Hogeschool (N=40). Het oorspronkelijke instrument is aangepast door vragen gericht op 'de opleider' te splitsen. Daarmee zijn de ervaringen met VS opleider en medisch opleider afzonderlijk te beoordelen.

Ervaringen/analyse van de implementatie

T-testen voor onafhankelijke groepen lieten zien dat eerste of tweede jaars viossen geen significant verschillend rapportcijfer gaven voor inhoud (1e jaars gem 8,23 SD 0,91; 2e jaars 8,07 SD 1,11), sfeer (1e jaars gem 8,15 SD 1,01; 2e jaars 8,23 SD 1,17) of organisatie (1e jaars gem 7,46 SD 1,39; 2e jaars 7,38 SD 0,87) van de praktijkopleiding ($p \geq 0,647$). Uit een ANOVA met Bonferroni post-hoc analyse bleken viossen in de ziekenhuissetting een significant meer prettige sfeer te ervaren dan viossen die binnen een huisartsensetting werden opgeleid ($p=0,04$). Voor inhoud en organisatie werden geen significante verschillen gevonden tussen settingen. Bij items die het opleidingsklimaat meten gerelateerd aan opleiders, werd alleen voor het item "voorkomen dat de vios teveel oneigenlijke taken moet uitvoeren" een significant verschil gevonden tussen VS opleider en medisch opleider (Wilcoxon Signed Rank Test, $p=0,02$), ten gunste van VS-opleider.

Lessons learned (implicaties voor de praktijk)

Het instrument lijkt geschikt om het ervaren opleidingsklimaat vanuit viosperspectief te meten. Een volgende stap is longitudinaal meten van leerklimaat gedurende het opleidingstraject en koppelen van uitkomsten rond leerklimaat aan scholingsbehoefte van opleiders.

Referenties

- 1 CSV. 2016. Algemeen Besluit Specialismen Verpleegkunde.
- 2 Johanna Schönrock-Adema^{1*}, Maartje Visscher², A. N. Janet Raat¹, Paul L. P. Brand^{1,2,3*}. Development and Validation of the Scan of Postgraduate Educational Environment Domains (SPEED): A Brief Instrument to Assess the Educational Environment in Postgraduate Medical Education.

Trefwoord: Students/Trainees: General, Curriculum: Education environment, Teachers/Trainers: Professionalism/scholarship

Wijze van presentatie: Poster

Hoe gaat het met je? Onderzoek naar veilige leeromgeving vanuit studentperspectief bij de faculteit Geneeskunde van het UMC Utrecht

M. Manrique, G.A. Fast, S.P. Reekers, K.R. Vrijsen, J.J. van Wijngaarden
UMC Utrecht

Context/probleemstelling of aanleiding

In de media verschijnen regelmatig artikelen over grensoverschrijdend gedrag binnen opleidingen aan faculteiten Geneeskunde. Een zogenoemd verbeterteam binnen het UMC Utrecht heeft de studentervaring rondom 'Veilige leeromgeving' onderzocht. Er is een beknopte enquête opgesteld om de positieve en negatieve ervaringen te inventariseren en te onderzoeken of de weg naar hulp voldoende duidelijk is. De uitkomsten helpen het verbeterteam de opleidingen te adviseren over het inzetten van verbeteracties. De meting wordt jaarlijks herhaald.

Beschrijving van de interventie/innovatie

Het team heeft een veilige leeromgeving gedefinieerd als: 'een omgeving waarin iedereen zichzelf kan en mag zijn, zijn/haar eigen grenzen kan en durft te bewaken, zodat met wederzijds respect, vragen kunnen worden gesteld en feedback kan worden gegeven en ontvangen. Hierdoor wordt voor iedereen de ruimte gecreëerd om zichzelf te ontwikkelen: in eigen tempo en op de punten die voor diegene belangrijk zijn.' Op basis hiervan hebben wij gevraagd in hoeverre studenten de afgelopen 12 maanden hun leeromgeving als 'veilig' hebben ervaren, of ze hulp hebben gezocht én wat hun positieve ervaringen waren. Studenten Geneeskunde, Biomedische Wetenschappen, Biomedical Sciences en Klinische Gezondheidswetenschappen hebben de enquête ingevuld.

Ervaringen/analyse van de implementatie

De respons op de enquête was 23% (N=3624, n=826). Uit de resultaten blijkt dat 21,8 % van de respondenten zich het afgelopen jaar deels (19,1%) of geheel (2,7%) niet veilig voelde. Per opleiding lopen de percentages uiteen tussen 9% en 40%. Bijna 1 op de 4 vrouwen (23,8%) heeft zich (deels) onveilig gevoeld, tegen 1 op de 6 mannen. Dit gevoel van onveiligheid wordt vooral gecreëerd door docenten of begeleiders en collega's van stage en/of coschap (69,4%). Opvallend is dat in 1 op de 5 gevallen de medestudent de veroorzaker van een onveilige situatie is.

80% van de respondenten weet waar hulp te zoeken en 16% zelfs precies. 1% heeft hulp gezocht, maar niet gevonden. Respondenten die hulp hebben gevraagd (n=92), zijn in de helft van de gevallen volledig geholpen. Een klein percentage (8%) voelde zich niet geholpen.

De top drie van positieve ervaringen (n=455) betroffen docenten (22%), medestudenten (15%) en de algehele sfeer (11%).

Lessons learned (implicaties voor de praktijk)

De uitkomst dat ruim één op de vijf studenten zich het afgelopen jaar een niet-veilige leeromgeving ervaren heeft, beschouwt het verbeterteam als een groot probleem. De uiteenlopende bevindingen per opleiding pleiten ervoor om specifieke verbeterplannen te formuleren. Een verbeteractie is een interactief overzicht met de hulpbronnen van de faculteit Geneeskunde. Een ingesteld periodiek overleg om meldingen met betrekking tot een onveilige leeromgeving te bespreken, kan ook bijdragen aan een veiliger leeromgeving.

Referenties

- 1 <https://nos.nl/artikel/2235352-metoo-in-de-medische-wereld-je-bent-kwetsbaar-als-coassistent.html>
- 2 <https://www.dub.uu.nl/nl/nieuws/groot-onderzoek-naar-psychisch-welzijn-utrechtse-masterstudenten>

Trefwoord: Curriculum: Education environment, Students/Trainees: Health and welfare, Teaching & learning: Clinical context

Wijze van presentatie: Poster

E18.4 / Exchange hall

Samen naar optimale zorg: Shared Decision Making onderwijs aan masterstudenten geneeskunde

M.V. Matulewicz¹, O.C. Damman¹, K. Reefman¹, L.M.L. Ong²

¹Amsterdam UMC loc. VUmc, ²Amsterdam UMC loc. AMC

Context/probleemstelling of aanleiding

In de zorg komt steeds meer verantwoordelijkheid bij de patiënt te liggen. Dit betekent dat een actieve houding nodig is van de patiënt. Zorgprofessionals zien reeds verschuiving ontstaan: een aantal patiënten managen hun eigen zorg en gebruiken de arts als inhoudelijke sparringpartner. Ook in de besluitvorming is dat terug te zien: steeds meer patiënten willen meebeslissen over behandelingen¹. Dit vraagt niet alleen nieuwe vaardigheden van de patiënt, maar ook nieuwe, specifieke vaardigheden van zorgprofessionals. Hierbij gaat het om vaardigheden om informatie en gedachten uit te kunnen vragen en uit te kunnen wisselen om tot een behandelbeslissing te komen die het beste bij de patiënt past. Hoe leiden we geneeskundestudenten op in Shared Decision Making?

Beschrijving van de interventie/innovatie

Amsterdam UMC – locatie VUmc heeft afgelopen jaren nieuw onderwijs over Shared Decision Making ontwikkeld en geïmplementeerd tijdens de coschappen. In 2015 werden symposia geïntroduceerd in alle jaren van het mastercurriculum, om studenten te trainen in diverse competenties². In een M1 symposium is één dagdeel Shared Decision Making geprogrammeerd. Per symposium zijn vijf workshops ontwikkeld waaruit studenten een keuze kunnen maken. Voorbeelden van deze workshops zijn: 'Shared decision in the making: zelf doen', 'Tools for shared decision making' (keuzehulpen), 'Risicocommunicatie' en 'Shared decision making begint met het opleiden van de patiënt'.

Ervaringen/analyse van de implementatie

Coassistenten zijn positief over dit nieuwe onderwijs en vinden de onderdelen nuttig en zinvol (cijfers tussen een 3,7 en 4,2 op een 5-punts Likertschaal). Docenten merken dat de workshops voldoen aan de behoefte van de coassistenten.

Lessons learned (implicaties voor de praktijk)

Dit onderwijs rond Shared Decision Making wordt goed door coassistenten ontvangen. Tegelijkertijd moet de waarde van één module niet overschat worden. Wellicht kunnen we in de komende jaren kijken wat het beste startmoment is voor onderwijs over Shared Decision Making, zodat er een passende opbouw is in vaardigheden en attitudevorming.

Referenties

- 1 Chewning, B., Bylund, C.L., Shah, B., Arora, N.K., Gueguen, J.A., Makoul, G. Patient preferences for shared decisions: A systematic review. *Patient Educ Couns.* 2012; 86:9–18. doi:10.1016/j.pec.2011.02.004
- 2 Reefman, K., Daelmans, H.E.M., Klumpers, U.M.H. Croiset G. Symposia in undergraduate medical education: tailoring training in competencies to students' needs. *Perspect Med Educ.* 2017; doi:10.1007/s40037-017-0379-4

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

Wijze van presentatie: Poster

E18.5 / Exchange hall

Landen op de werkvloer: onderzoek naar de initiatiefase tijdens gezondheidszorgstages in een internationale context

M.H. Wijbenga¹, R.J. Duvivier¹, S.P.J. Ramaekers², P.W. Teunissen¹, E.W. Driessen¹

¹Universiteit Maastricht, ²Hogeschool van Amsterdam

Probleemstelling

Studenten vanuit verschillende gezondheidszorgdisciplines nemen in toenemende mate deel aan buitenlandse stages. Tijdens deze stages worden ze blootgesteld aan verschillende klinische systemen, elk met hun eigen leeromgeving en lokale context, en tegelijkertijd moet de student zich aanpassen aan een nieuwe leefomgeving. Een buitenlandstage daagt studenten uit om het juiste participatieniveau te vinden. Zowel lokale regelgeving ten aanzien van gezondheidszorg, patiënt-veiligheid of simpelweg tijdsrestricties kunnen van invloed zijn op deelname van studenten aan patiënt-gerelateerde taken en team activiteiten. De initiatiefase van een stage lijkt een belangrijke invloed te hebben op de wijze waarop studenten de rest van hun stage ervaren. Vanuit de literatuur is weinig bekend over hoe dit proces van initiatie verloopt tijdens een buitenlandstage en welke factoren een bepalende rol spelen bij het komen tot actieve praktijkdeelname². De onderzoeksvraag voor deze kwalitatieve studie luidde als volgt: hoe verloopt de initiatie van studenten in buitenlandse gezondheidszorgstages, specifiek gericht op actieve deelname van studenten aan de praktijk?

Methode

De exploratieve studie volgde een constructivist grounded theory design. Vijftien tweedejaars studenten fysiotherapie en oefentherapie aan de Hogeschool van Amsterdam (HvA) namen vrijwillig deel aan individuele interviews direct voor aanvang en na een maand buitenlandstage. Semigestructureerde interviews namen respectievelijk 30-45 minuten in beslag en vonden plaats op de HvA of via Skype. Een doorlopend iteratief proces van data collectie en vergelijkende analyse werd toegepast bij de open codering van uitgeschreven audio-opnames. Initiële bevindingen van twee individuele onderzoekers werden ingebracht in het onderzoeksteam voor een discussie op conceptueel niveau, waarna werd teruggegaan naar de data. Dit iteratieve proces van data analyse werd meerdere keren herhaald, om uiteindelijk te komen tot een model van initiatie tijdens buitenlandstages.

Resultaten en conclusie

Verschillende persoonlijke en instrumentele factoren bleken van invloed op de initiatie. Van studenten van internationale stages. Persoonlijke motieven, leerdoelen en verwachtingen ten aanzien van de stage spelen een belangrijke rol tijdens het zich eigen maken van de stagepraktijk in de eerste twee weken, waarbij individuele voorbereiding van studenten cruciaal is. Studentkarakteristieken zoals een proactieve houding, zelfvertrouwen en flexibiliteit bleken van belang tijdens de initiatiefase, vooral wanneer studenten actief mochten bijdragen aan patiëntgebonden taken en teamactiviteiten. Verschillende factoren buiten de studenten om, zogenaamde instrumentele factoren zoals accommodatie en transport, werden benoemd als randvoorwaarden die soms vertragend werkten op het initiatieproces. Gemeenschappelijke behandelruimtes en uitnodiging tot deelname aan teamactiviteiten zoals werkoverleg of gezamenlijke lunch nodigden uit tot interactie met lokale professionals en werkten stimulerend voor deelname aan de praktijk.

Discussie

Uitkomsten van deze studie verschaffen inzicht in wat nodig is om initiatie niet onnodig stressvol te laten zijn, niet te lang te laten duren en de rest van de stage optimaal te benutten. Actieve deelname van studenten aan patiëntgerelateerde taken en teamactiviteiten faciliteert de initiatie tijdens stage. Op basis van resultaten in de eerste maand is het aannemelijk dat de invloed van initiatiefase op de rest van de stage groot is¹, hetgeen vraagt tekens oproept bij het rendement van kortdurende buitenlandstages.

Referenties

- 1 Steven, K., Wenger, E., Boshuizen, H., Scherpbier, A., & Dornan, T. (2014). How clerkship students learn from real patients in practice settings. *Academic Medicine*, 89(3), 469-476. [2] Sheehan, D., Wilkinson, T.J., & Billet, S. (2005). Interns' Participation and Learning in Clinical Environments in a New Zealand Hospital. *Academic Medicine*, 80(3), 302-308.

Trefwoord: Medical education: Undergraduate education, Teaching & learning: Clinical context, Teaching & learning: Experiential learning

Wijze van presentatie: Poster

E19.1 / Exchange hall

De semiarts als docent

R. Gratama van Andel, M.M.D. van den Broek
UMC Utrecht

Context/probleemstelling of aanleiding

Opleiden van (basis)artsen en specialisten gebeurt voor een groot deel via werkplekleren, dus in de klinische praktijk. Iedere arts krijgt dan ook te maken met het opleiden/begeleiden van coassistent, AIOS/ANIOS, leerling verpleegkundige en andere 'lerenden'. Om ze voor te bereiden op die onderwijsstaak is sinds 2010 de module 'Onderwijsstraining' een verplicht onderdeel in het geneeskunde curriculum in Utrecht voor alle studenten in het eerste blok van master jaar 3.

Beschrijving van de interventie/innovatie

De Onderwijsstraining biedt een (eerste) kennismaking met het lesgeven. Deze bestaat uit drie werkgroep bijeenkomsten waarin ingegaan wordt op theoretische aspecten van begeleiden en beoordelen van coassistenten (feedback geven, leergesprek voeren, Klinische Praktijk Beoordeling afnemen) en één practicum waarin de student een werkgroep Klinisch Lijn Onderwijs voor bachelor jaar 2 studenten begeleidt. In de laatste werkgroep geeft elke student een presentatie in het Engels over een onderwijskundig onderwerp.

Ervaringen/analyse van de implementatie

Sinds de introductie in 2010 is de Onderwijsstraining regelmatig geactualiseerd en geoptimaliseerd. De module wordt goed gewaardeerd door de studenten en bij een behoorlijk deel van de groep ontstaat verdergaande motivatie voor onderwijs. Studenten geven echter aan dat er behoefte is aan follow-up, herhalen en meer diepgang.

Lessons learned (implicaties voor de praktijk)

Om de ervaren lacune op te vullen, wordt momenteel een terugkomdag ontwikkeld. Tijdens deze terugkomdag is ook meer aandacht voor het opleiden op de werkplek. Er zal worden ingegaan op Bedside Teaching, de arts als rolmodel en onderwijs aan de patiënt. Tevens zal worden teruggeblikt op de schriftelijke feedback die de master jaar 3 studenten tijdens hun semiartsstage aan een coassistent hebben gegeven. Ten tijde van het congres hebben de eerste terugkomdagen plaatsgevonden en zijn de eerste evaluatieresultaten daarover bekend.

Trefwoord: Teachers/Trainers: Roles of the teacher, Curriculum: Evaluation of curriculum, Teaching & learning: Clinical context

Wijze van presentatie: Poster

Peer-review en positieve, constructieve feedback als onderdeel van de Medische Vervolgopleidingen in de Sociale Geneeskunde

C.E. Jacobi, J. de Boer, E. Thé
NSPOH

Context/probleemstelling of aanleiding

In de Medische Vervolgopleidingen (MVOs) in de Sociale Geneeskunde staat de competentie 'Professionaliteit' hoog op de agenda. Onderdeel hiervan is reflectie van de arts in opleiding tot specialist (aios) op de eigen vorderingen en feedback van de begeleiders [1]. Coaching en feedback geven en ontvangen bevorderen deze professionele ontwikkeling en reflectievaardigheden [2].

Beschrijving van de interventie/innovatie

Bij de drie MVOs Arts Maatschappij & Gezondheid en Arbeid & Gezondheid wordt feedback geven en ontvangen gestimuleerd, geoefend en bevorderd via peer-review bijeenkomsten van aios die bezig zijn met het uitvoeren van een eigen onderzoek. In deze opzet wordt elke aios gevraagd mee te lezen met het onderzoeksvoorstel en, later in het proces, het onderzoeksartikel van collega-aios, gedurende 9 bijeenkomsten in de periode van ruim een jaar. Vereist wordt dat iedere aios de stukken van de peers reviewt en suggesties biedt via constructieve en positieve feedback om zo met elkaar te groeien, te ontwikkelen én, natuurlijk ook, verder te komen in het onderzoek. De groepen staan onder supervisie van een ervaren docent.

Ervaringen/analyse van de implementatie

Deze opzet van peer-review groepen in het onderzoek kennen wij ruim 5 jaar in alle drie de MVOs. Uit de evaluaties van de bijeenkomsten en uit de reflectieverslagen van aios na afronding van de onderzoeksmodule blijkt dat het grootste gedeelte blij en/of zeer tevreden is met deze opzet. Er zijn weinig negatieve evaluaties te vinden. De reflectieverslagen geven blijk van oprechte groei van de aios in het leren van en met elkaar in dit proces. Hoewel deze opzet niet gestructureerd geëvalueerd is, zijn de eerste ervaringen positief.

Lessons learned (implicaties voor de praktijk)

Uit de praktijkervaringen van deze opzet blijkt dat collega-aios in staat zijn om te groeien in het feedback geven en ontvangen en goed in staat zijn om elkaar te helpen. Intercollegiale feedback wordt hiermee eigen gemaakt. De opzet vraagt wel, zeker bij de eerste bijeenkomsten, goede feedback van de docent om te sturen naar de gewenste en optimale vorm van feedback geven en feedback verwerken. De ervaring leert ook dat een enkele kandidaat zich verzet tegen deze manier van leren. Aparte face-to-face bijsturing is daarbij noodzakelijk. In hoeverre de beoogde leerdoelen echt behaald worden vraagt om een gestructureerde en valide evaluatie van dit proces. Deze wordt nu opgestart.

Referenties

- 1 Borleffs J. Medische professionaliteit in de geneeskunde opleiding. Tijdschrift voor Medisch Onderwijs, 2008; 27 (1): 1-4
- 2 Leunen S et al. Innovatie curriculum bachelor in de geneeskunde UHasselt [poster]. NVMO Congres 2018, A19.6, posterpresentatie. http://www.nvmo.nl/nvmo_congres/nvmo_congres_2018 [bezoekt 12-04-2019]

Trefwoord: Learning outcomes: Communication skills, Learning outcomes: Reflection / Critical thinking / decision-making / clinical reasoning, Medical education: Postgraduate education

Wijze van presentatie: Poster

E19.3 / van Walsum room

Nieuwe aanpak zorgbeurs voor een actievere interactie tussen studenten geneeskunde en de zorgorganisaties

S.V. Vangoidtsenhoven
KU Leuven

Context/probleemstelling of aanleiding

Om zicht te krijgen op de uitgebreide wereld van zorgorganisaties waar toekomstige artsen mee in aanraking komen, organiseert de KU Leuven voor haar eerste masterstudenten geneeskunde een zorgbeurs. De kennis van het werkveld waarin ze belanden is immers van cruciaal belang voor hun toekomstige loopbaan¹. Tijdens de zorgbeurs worden 400 studenten, verdeeld in groepen van 7 studenten, in contact gebracht met 25 zorgorganisaties. Voor het opleidingsonderdeel verdieping in de gezondheidszorg moeten de groepen een casus oplossen waarbij deze zorgbeurs als input dient. Een groep van 7 studenten heeft de kans om met 6 zorgorganisatie samen te zitten voor een kort gesprek. Echter blijkt er weinig interactie te zijn, lossen zorgorganisaties de casussen op en wordt de studentengroep als maar groter. Bovendien wordt er veel gevraagd van de zorgorganisaties doordat zij een hele dag tot wel 30 groepjes individueel te woord staan.

Beschrijving van de interventie/innovatie

In het nieuwe format geeft elke zorgorganisatie één sessie. De 7 studenten van een groep worden opgesplitst en volgen ieder een sessie van een zorgorganisatie. Geïnspireerd door het 'Case Based Learning in small groups'² belanden op deze manier studenten van verschillende casussen in de verschillende sessies. De sessie start met een korte introductie van de zorgorganisatie met daaropvolgend een discussie over wat de zorgorganisatie kan betekenen voor praktijksituaties. Hierdoor hebben de studenten de kans om met andere casussen in contact te komen en ook daaruit te leren. Daarbij wordt iedere student aangezet informatie te verzamelen die zijn of haar groepje kan gebruiken om de casus op te lossen.

Ervaringen/analyse van de implementatie

De bevraging bij 400 studenten, 25 zorgorganisaties en 5 docenten over het nieuwe format zal proactief plaatsvinden in juni 2019. Hierbij zullen de resultaten beschikbaar zijn tijdens het NVMO-congres. Uit de eerste informele evaluaties blijkt dat enkele zorgorganisaties hebben aangegeven enthousiast te zijn omwille van de verminderde werkdruk. Ook de docenten merken reeds op dat deze invulling een oplossing kan bieden voor de problemen die gepaard gingen met het oude format.

Lessons learned (implicaties voor de praktijk)

- Studenten krijgen door het contact met verschillende casussen een diepgaander beeld van de zorgorganisatie. Ook zet het studenten aan om hun eigen casus extra in vraag te stellen.
- Studenten worden actief aangezet om informatie te verwerven, te analyseren, in discussie te gaan met andere groepen en deze informatie te delen met hun groepsleden.
- De werklast van de zorgorganisaties vermindert doordat zij anderhalf uur aanwezig zijn.
- Dit systeem zal bij toekomstige vergrotingen van het studentenaantal een minimale impact hebben op de groeps grootte van de sessies in de zorgbeurs.

Referentie

1 Srinivasan, M. , Wilkes, M. , Stevenson, F. , Nguyen, T. & Slavin, S. (2007). Comparing Problem-Based Learning with Case-Based Learning: Effects of a Major Curricular Shift at Two Institutions. *Academic Medicine*, 82(1), 74-82. doi: 10.1097/01.ACM.0000249963.93776.aa.

Trefwoord: Education Management: Change, Medical education: All, Teaching & learning: All

Wijze van presentatie: Poster

E19.4 / Exchange hall

Hoe gaan medisch specialistische opleidingsgroepen om met curriculumverandering: 'we just do it'

L. Bank¹, M. Jippes², T.I.U.R.I van Rossum³, C. den Rooyen⁴, A.J.J.A. Scherpbier³, F. Scheele¹

¹OLVG, ²Erasmus MC, ³Universiteit Maastricht, ⁴Movation BV

Probleemstelling

Vanuit het medisch werkveld weten we dat implementatie van veranderingen moeilijk is en beoogde resultaten niet altijd worden gehaald. Eerder onderzoek binnen medische vervolgoopleidingen, met als doel (toekomstige) veranderprocessen een grotere slagingskans te geven, laat zien dat de opleider 'in the lead' is bij implementatie van opleidingsveranderingen maar hierbij helaas nauwelijks veranderstrategieën gebruikt ter ondersteuning (1). Omdat verandering ook een sociaal proces is waarbij o.a. aanpassing in collectief gedrag en gezamenlijk eigenaarschap vereist zijn is een focus op alleen de rol van de opleider in veranderprocessen onvoldoende. De rol van de gehele opleidingsgroep is echter nooit eerder bekeken. Deze studie beoogt dan ook inzicht te krijgen in 1) hoe opleidingsgroepen implementatieprocessen gezamenlijk aanpakken en 2) factoren die een positieve dan wel negatieve invloed hebben op deze implementatieprocessen.

Methode

Een exploratieve semigestructureerde interviewstudie werd uitgevoerd tussen november 2016 en april 2017. Zes Nederlandse opleidingsgroepen namen deel aan dit onderzoek. Van elke opleidingsgroep werd de opleider, één AIOS en één staflid geïnterviewd (n = 18) om hun rol binnen veranderprocessen te exploreren. De interviews werden geanonimiseerd en daarna gecodeerd volgens de principes van thematische analyse door de hoofdonderzoeker (LB). Om de betrouwbaarheid van de resultaten te verhogen zijn 3 interviews door een tweede onderzoeker gecodeerd (TR). Eventuele verschillen in codering werden besproken totdat consensus werd bereikt. Datasaturatie werd bereikt na codering van 16 interviews. De resultaten werden besproken met het gehele onderzoeksteam totdat consensus was bereikt over de relevante factoren voor verandering in opleidingsgroepen. Alle codering heeft plaatsgevonden met behulp van MaxQDA (version 2007).

Resultaten

Van de 6 opleidingsgroepen waren 2 afkomstig uit academische centra en 4 vanuit algemene opleidingsziekenhuizen. Zes verschillende specialismen waren vertegenwoordigd: gynaecologie, interne geneeskunde, neurologie, pathologie, radiologie en spoedeisende geneeskunde.

Alle teamleden waren zich ervan bewust dat omgaan met verandering onderdeel is van het dagelijks werk. Desondanks werd er niet bewust een bepaalde veranderstrategie toegepast maar werden wel soms elementen hiervan onbewust toegepast. Opleidingsgroepen kiezen een sterk pragmatische benadering waarbij gaandeweg wordt gekeken wat werkt en wat niet.

De analyse leidde tot de identificatie van 5 hoofdfactoren die veranderingsprocessen positief beïnvloeden: 'shared commitment', 'reinvention', 'ownership', 'supportive structure' en 'open culture'. Factoren die veranderprocessen negatief beïnvloeden waren: 'resistance', 'behaviour change', 'balance between different tasks', 'lack of involvement', 'lack of consensus', and 'unsafe culture and hierarchy'. Het overkoepelende thema hierin lijkt te zijn dat het kunnen samenwerken als één team leidend is voor een succesvolle verandering.

Discussie

Elementen van veranderstrategieën lijken vooral onbewust te worden gebruikt. Mogelijk leidt dit tot onvoldoende adaptatie van de veranderaanpak gedurende het veranderproces. Hiermee gaat veranderpotentieel verloren aangezien het kunnen aanpassen van de veranderaanpak van groot belang is om een implementatieproces passend te maken voor de lokale context, om uiteindelijk het gevoel van eigenaarschap binnen het team te vergroten (2).

Kunnen samenwerken als één team lijkt voor opleidingsgroepen cruciaal voor succesvol veranderen. Dit faciliteert het ontwikkelen van gedeelde waarden, gevoel van eigenaarschap, leren van fouten alsook evalueren en aanpassen van implementatieplannen (2). Echter, zoals uit de negatieve factoren naar voren komt, zorgt met name een onveilig leerklimaat en een sterke hiërarchie voor een verstoring van het teamproces en daarmee het veranderproces. Dit laatste wordt onderschreven door eerder onderzoek binnen verschillende contexten waarbij duidelijk een positieve relatie tussen een open cultuur en innovativiteit werd aangetoond.

Referenties

- 1 Bank L, Jippes M, Leppink J, Scherpbier AJ, den Rooyen C, van Luijk SJ, et al. Are they ready? Organizational readiness for change among clinical teaching teams. *Adv Med Educ Pract.* 2017;
- 2 Greenhalgh T, Robert G, Macfarlane F, Bate P, Kyriakidou O. Diffusion of innovations in service organizations: systematic review and recommendations. *Milbank Q.* 2004;82(4):581–629.

Trefwoord: Education Management: Change, Medical education: Postgraduate education, Research in medical education: General

Wijze van presentatie: Poster

E19.5 / Exchange hall

Verschillen in perceptie over gedeelde besluitvorming in de spreekkamer tussen medisch specialisten en arts-assistenten

E.M. Driever¹, A.M. Stiggelbout², P.L.P. Brand¹

¹Isala, ²LUMC

Context/probleemstelling of aanleiding

Gedeelde besluitvorming (GBV) wordt steeds meer gepresenteerd als het voorkeursmodel van besluitvorming in de spreekkamer, zowel in onderzoek als door (organisaties van) patiënten(1). Het wordt echter nog maar relatief weinig toegepast in de praktijk (1,2). Wij waren geïnteresseerd in de huidige percepties van medisch specialisten en arts-assistenten over het besluitvormingsproces in de spreekkamer, om te onderzoeken in hoeverre de medische gemeenschap in Nederland toe is aan verdere implementatie van GBV in de praktijk.

Beschrijving van de interventie/innovatie

In juni 2018 verrichtten wij een cross-sectioneel vragenlijstonderzoek onder alle 785 zorgverleners (medisch specialisten, arts-assistenten, verpleegkundig specialisten en physician assistants) in Isala, een groot algemeen opleidingsziekenhuis. Met de Control Preference Scale brachten we de voorkeurs- en gebruikelijke wijze van besluitvorming in een medisch consult in kaart. De negen stellingen van de SDMQ9 vragenlijst gebruikten we om te onderzoeken hoe zorgverleners denken over de componenten van GBV.

Ervaringen/analyse van de implementatie

Van de 394 respondenten (respons 50%) rapporteerde de meerderheid (n=232, 60%) voorkeur voor GBV in een medisch consult. De zorgverleners gaven daarnaast ook aan dat ze in de praktijk vaker een paternalistische rol spelen (n=121, 31%) dan ze prefereren (n=80, 20%, p=0.0015). Geslacht en leeftijd waren niet van invloed op het verschil tussen de voorkeurs- en gebruikelijke wijze van besluitvorming (p>0.3). Arts-assistenten rapporteerden aanzienlijk vaker voorkeur voor het paternalistische model (n=25, 33%) dan medisch specialisten (n=46, 19%, p=0.023). Dit werd niet verklaard door de jongere leeftijd van arts-assistenten ten opzichte van medisch specialisten (ANOVA, p=0.58).

De meeste zorgverleners die GBV prefereerden, gaven aan dat zij de verschillende opties voor behandeling bespreken met hun patiënten (n=231, 92%) inclusief de voor- en nadelen (n=209, 90%), maar een minderheid van de zorgverleners rapporteerde dat ze duidelijk maken dat er een besluit genomen moet worden (n=104, 45%) of vraagt hoe de patiënt betrokken wil zijn in de besluitvorming (n=80, 34%).

Lessons learned (implicaties voor de praktijk)

Hoewel de meeste zorgverleners in Isala voorkeur hebben voor GBV lukt dit in de praktijk vaak niet. De zorgverleners hebben een beperkt beeld van de componenten van het proces van GBV. Arts-assistenten hebben aanzienlijk meer voorkeur voor paternalistische besluitvorming dan medisch specialisten. De redenen voor dit verschil vragen om nader onderzoek, waarover we graag met de deelnemers aan de postersessie in gesprek gaan. Om de medisch specialisten van de toekomst op te leiden in de door patiënten geprefereerde GBV is scholing van zowel arts-assistenten als hun opleiders nodig, waarbij specifieke aandacht uit moet gaan naar het feit dat er een besluit genomen dient te worden en te vragen aan de patiënt op welke manier hij/zij betrokken wil zijn in deze besluitvorming.

Referentie

1 H. van Veenendaal et al. Accelerating implementation of shared decision-making in the Netherlands: An exploratory investigation. Patient Educ Couns (2018).

Trefwoord: Medical Education, Not Specified

Wijze van presentatie: Poster

14.15-14.30 **WISSELPAUZE MET KOFFIE EN THEE**

14.30-16.00 **Plenair / Zuiderduinzaal**

14.30-14.50 **Uitreiking BSL prijzen en afsluiting congres**

14.50-15.35 **Hoofdlezing**
Hoe maken we onze studenten “streetwise”?

Marcel Slockers, oprichters van de Nederlands Straatdokter Groep

Sinds de tachtiger jaren verzorgt Marcel Slockers gastcolleges aan medisch studenten waarbij het verhaal van de dakloze de basis is. Door goed samen te werken in het onderwijs met de daklozen leert hij studenten over middelen misbruik, psychiatrische aandoeningen, licht verstandelijk beperkten, omgaan met heftige ziektebeelden, en onverzekerde problematiek. Hij maakt studenten meer streetwise. Hij laat daklozen bij het onderwijs de ambassadeurs zijn voor de zorg die co-assistenten en artsen later moeten geven aan deze vaak zorg mijddende en argwanende patiënten. Hij zal samen met een ervaringsdeskundige laten zien dat inclusie alleen ontstaat als medisch studenten geprikkeld worden ook maatschappelijk betrokken dokters te worden. Hij zal laten zien dat werken aan inclusie verrijkend is voor student, docent, dokter en patiënt.

15.45 **EINDE CONGRES**