

PLENAIRE LEZINGEN VERGROTEN KLINISCHE KENNIS EN KUNDE AMPER

Nascholing bereikt behandelkamer niet

De manier waarop veel nascholing georganiseerd is, werkt in de hand dat het meer om de punten gaat dan om het daadwerkelijk verwerven van kennis. Met een actievare rol voor de deelnemers, blijft informatie beter hangen, vermoeden psychiaters Joeri Tijdink en Christiaan Vinkers.

Medisch specialisten in dienstverband krijgen tijd en geld voor nascholing. Het doel van nascholing is helder: het vergroten van kennis en kunde om zo onze patiënten beter te behandelen volgens de laatste (wetenschappelijke) inzichten. Er is met nascholing veel tijd en geld gemoeid. Een conservatief rekensommetje voor de psychiatrie: ongeveer 2500 psychiaters werken in (loon)dienstverband volgens de cao van een umc, ggz-instelling of perifeer ziekenhuis. Zij hebben elk jaar een budget van ongeveer 4500 euro voor nascholing, in totaal meer dan 11 miljoen euro per jaar. Maar is dit geld effectief besteed? Wij zien in de dagelijkse nascholingspraktijk drie knelpunten. Uiteraard kunnen wij niet spreken voor andere medisch specialisten: reden te meer om er in Medisch Contact aandacht aan te besteden.

■ Kennis bereikt de spreekkamer te weinig

Een 47-jarige psychiater vertelde tijdens een meerdaagse nascholing op de Veluwe niet goed te weten waar het congres over zou gaan, maar gaf aan 'het aantal punten gedeeld te hebben door de inschrijfprijs'. Dat is wel erg kras. Toch gebeurt het ons ook weleens dat we achteraf niet meer helemaal weten wat

Het is niet duidelijk wat deelnemers precies opsteken van een congres

we precies hebben geleerd. Dat komt omdat de vaak gegeven plenaire lezingen niet effectief zijn om kennis te vergaren. Voor het maximale leereffect zijn het zelf verzorgen van presentaties en het bediscussieren van kennis met anderen veel effectiever.

Actieve toetsing van het geleerde is daarbij essentieel. De huidige congreskalender heeft veel 'plenaire' congressen waarbij opgedane kennis niet structureel wordt getoetst. Ondanks een goed programma, geaccrediteerde nascholingspunten en sprekers die tot de verbeelding spreken, is niet duidelijk wat deelnemers precies opsteken en welke kennis de behandelkamer bereikt. Wij denken dat het expliciet en inhoudelijk toetsen van kennis bij individuele deelnemers essentieel is voor een effectief leerproces. De opgedane kennis moet daarin leidend zijn.

Het puntensysteem op basis van uren zou daarom best op de schop kunnen. Het gaat immers niet om kwantiteit maar om kwaliteit. Een beoordeling op basis van behaalde en aantoonbare kennis. Dat klinkt wat kinderachtig, maar wat is er mis met praktisch getoetste kennis? Dat past ook in het *lifelong learning*-perspectief. Kennis verandert en moet worden bijgespijkerd. Wij willen niet de psychiaters zijn die over twintig jaar zijn blijven hangen in de behandelmores van begin 21ste eeuw.

■ Het aantal behaalde punten is leidend voor de herregistratie

Het inhoudelijke aspect en de wijze van toetsing zijn niet de enige knelpunten. Voor de herregistratie als psychiater is het verplicht om in vijf jaar tweehonderd nascholingspunten te behalen. Deze nascholingspunten kunnen op verschillende manieren verzameld worden op soms geografisch aangename locaties. De punten worden toegekend op basis van aanwezigheid en niet op basis van opgedane kennis of actieve deelname. Zo gebeurt het dat deelnemers een enkele



Soms weten we achteraf helemaal niet meer wat we precies hebben geleerd.

lezing volgen en wel het maximale puntenaantal krijgen bijgeschreven. Zo komt beschikbare kennis van nascholing dus zeker niet in de spreekkamer. Het lijkt erop dat het verplichte accreditatiesysteem gebaseerd op punten een perverse prikkel geeft. Nu zijn uiteindelijk de behaalde tweehonderd punten doorslaggevend en niet of iemands kennis en kunde up-to-date wordt geschat voor herregistratie.

■ **Transparante beoordeling van de kwaliteit van nascholing ontbreekt**

Als we zelf de kwaliteit van de nascholing willen verhogen door (getoetste) kennis en kunde voorop te stellen, vraagt dit om een objectieve toetsing. Voor

de psychiatrie geldt dat een commissie binnen de beroepsvereniging beoordeelt welke congressen geaccrediteerd worden (en met hoeveel punten). Dat wringt omdat de beroepsvereniging logischerwijs zelf ook congressen en nascholing organiseert. Wij twijfelen er niet aan dat de toetsing integer gebeurt, maar het is fundamenteel onjuist dat een slager zijn eigen vlees keurt. Bovendien is niet altijd duidelijk hoe besluitvorming tot stand komt en welke beoordelingscriteria er gebruikt worden. Daarom stellen wij voor om een onafhankelijk instituut accreditatie van nascholing te laten beoordelen, volgens duidelijke en transparante criteria en gericht op getoetste kennis.

Gezelligheid

Wij kunnen ons de nauwelijks onderdrukte zucht goed voorstellen. Jonge psychiaters die wijsneuzerig anderen de les lezen. Bovendien: leiden de voorstellen niet tot meer bemoeienis? Daarop zit niemand te wachten.

Wat ons betreft gebeurt dat ook niet en moeten medisch specialisten zelf kunnen kiezen waaraan ze hun tijd en geld besteden. Nieuwe manieren van kennisoverdracht en toetsing zullen niet alleen meer kennis geven, maar ook efficiënter en flexibeler zijn. Een deel van de nascholing is immers niet meer het aanwezig zijn op een bepaalde dag, maar kan zelf ingedeeld worden. Bovendien zal een onafhankelijk beoordelingsinstituut nascholing transparanter beoordelen. Uiteindelijk moet hét doel van nascholing niet uit het oog verloren worden: meer kennis en kunde voor in de behandelkamer.

De gezelligheid moet zeker blijven bestaan

En hoe zit het dan met de gezelligheid van nascholingen? Het genot van netwerken, collega's zien, farmacino's drinken en in het buitenland congressen bezoeken? Dit moet zeker blijven bestaan. Het is ook een van de douceurtjes van ons vak. Maar ongeacht waar de nascholing gevolgd wordt of wat het onderwerp ook is: elke specialist moet er slimmer en wijzer uitkomen. ■

contact

j.tijndink@vumc.nl

cc: redactie@medischcontact.nl

Beide auteurs zijn medeoprichters van de onafhankelijke website DeJongePsychiater.nl, het onlinenascholingsplatform Psylearning, zijn betrokken bij het Acute Boekje psychiatrie en hebben in 2015 samen met Benecke een nascholing in Madrid georganiseerd.

web

Meer informatie over dit onderwerp vindt u onder dit artikel op medischcontact.nl.

PRAKTIJKPERIKEL

HET NUT VAN ANDERMANS KEUKEN

Tijdens de huisartsopleiding loopt iedere aankomend huisarts een ochtend mee met de assistente van de huisartspraktijk, onder het motto 'meekijken in andermans keuken'. Zo'n ochtend brak ook voor mij aan. En omdat de werkdag van de doktersassistente begint – en eindigt – met het beluisteren van de receptenlijn, waarop patiënten telefonisch hun herhaalrecepten kunnen achterlaten, spreek ik met haar af dat ik die dag het bandje zal afluisteren en de recepten zal verwerken.

Na wat praktische uitleg, zet ik vol goede moed de koptelefoon op en ga aan de slag. De eerste patiënt bestelt een doosje 'dikke fenac'. Het moet even tot me doordringen dat hij waarschijnlijk diclofenac zal bedoelen. Een andere patiënt heeft het slim bekeken met zijn 'slimvastatine', en bestelt meteen vierhonderd stuks, voor het hele jaar. In de loop van de vijftien minuten dat ik met het bandje bezig ben, hoor ik meer van dit soort mooie verbasteringen voorbijkomen en krijg er steeds meer plezier in. Ik gniffel bij de 'omeparasol' in plaats van omeprazol. 'Paracetamol met cocaïne' vind ik iets

te veel van het goede en schrijf toch maar een doosje paracetamol met codeïne uit. En zou de diabeet die in plaats van metformine 'metmorfine' bestelt, echt denken dat hij morfinepillen slikt?

Met deze grappige luisterervaringen achter de rug, realiseer ik me wel dat ik in de spreekkamer nog te vaak een moeilijke medicijnnaam of medische term gebruik. Hoe vaak vraag ik niet aan een astmapatiënt of hij de salbutamol of Flixotide nog steeds gebruikt? En heb ik het bij de patiënt met hypertensie altijd over 'het bloeddruktablet' of noem ik namen als hydrochloorthiazide en metoprolol? Ik merk dat ik me die middag, als ik weer in mijn spreekkamer zit, beter bewust ben van mijn vragen en uitleg en ik probeer deze extra goed af te stemmen op de patiënt die voor me zit. Waar een ochtendje 'andermans keuken' zoal niet goed voor is.

Heeft u ook een perikel?

Stuur uw verhaal naar redactie@medischcontact.nl