

NASCHOLEN VOLGENS HET

Eenvoudige rekenregels stimuleren veelzijdigheid

Artsen scholen zich vaak maar in een beperkt aantal vakken bij. Invoering van een puntensysteem zoals we dat kennen van het sjoelbakspel kan prikkelen tot een gespreidere keuze.

C. TERLETH

Nut en noodzaak van een leven lang leren staan buiten kijf, zeker waar het een relatief snel evoluerend beroep als dat van arts betreft. De benodigde vaardigheden moeten op peil worden gehouden en bij- en nascholing spelen daarbij een belangrijke rol.

Omdat het hier per definitie scholing van volwassen hoogopgeleide professionals betreft, zijn vanuit de onderwijskunde de sleutelwoorden 'self-directed' en 'self-assessed' van toepassing. In gewoon Nederlands: je bepaalt zelf waar je goed of slecht in bent en je bepaalt vervolgens hoe je daar je eigen scholing op inricht.

In de praktijk blijkt dat niet altijd gemakkelijk te zijn. Regelmatig hoor je de klacht dat artsen zich zeer eenzijdig nascholen.^{1,2} En inderdaad, als iemand vijfmaal binnen een jaar een

Beroepsverenigingen moeten aangeven met welke vaardigheden de vakjes worden gevuld

symposium over diabetes bezoekt, is dat wat veel van het goede, ook al betreft het wellicht een lastig onderwerp. Vooral omdat juist het artseneroep zoveel verschillende facetten kent, moet de nascholing veelzijdig zijn.

De vraag is nu hoe eenzijdige nascholing is te vermijden met inachtneming van de aspecten 'self-directed' en 'self-assessed'.

SLEUTEL

Op zich lijkt het eenvoudig om een goede spreiding te waarborgen. De sleutel hebben we als kind al ontdekt: $1+2+3+4=20$,

oftewel de telling bij het aloude sjoelbakspel. Als zich in elk van de vakjes met puntenwaarde 1 tot en met 4 één sjoelschijf bevindt, dan levert de optelling niet tien maar twintig punten op. Tenzij je heel erg goed op de '4' kunt mikken, levert spreiding van de schijven over de vier verschillende vakjes dus het meeste op.

Verschillende voor de beroepsgroep relevante vaardigheden kun je net zo aanmerken als sjoelbakvakjes. Deze vaardigheden kunnen verschillend worden gewogen, net als bij het sjoelen, waarbij spreiding van de nascholingsinspanningen over de verschillende vaardigheden een verdubbeling van de 'punten' oplevert. Je kunt er ook voor kiezen de vaardigheden even zwaar te laten wegen, waarna bij spreiding de behaalde punten eveneens worden verdubbeld. Met deze laatste variant werkt de American Pediatric Society: een goede spreiding in jaar 1 vrijwaart de leden van nascholing in jaar 2.

Het Royal College of Physicians uit Canada is bezig een systeem op te zetten waarbij verschillende vormen van nascholing verschillend worden gewogen en meer of minder CME-points krijgen toebedeeld. Stel dat bij een gedifferentieerd puntensysteem een arts 20 punten in een jaar moet halen en een medisch-inhoudelijk onderwerp als een diabetessymposium levert 1 punt op, dan geldt dat een arts twintig van dergelijke symposia moet volgen (en dat trekken vermoedelijk zelfs de sponsors niet meer). Na- of bijscholing in een vaardigheid die 4 punten oplevert, hoeft je dan maar vijfmaal te volgen voor hetzelfde eindresultaat. Dat zullen echter meestal de minder aantrekkelijke of zwaardere (en dure) cursussen zijn. Als alternatief zou sjoelbakvakje 4 kunnen bestaan uit vier medisch-inhoudelijke symposia, terwijl de vakjes 1, 2 en 3 zijn voorbehouden aan andere vaardigheden.

Eenzijdige nascholing kan dus grotendeels worden ont-

SJOELBAKSYSTEEM



BEELD: MARINA PETERS, SPOTTING IMAGE

moedigd door middel van eenvoudige rekenregels. Vanzelfsprekend zijn de beroepsverenigingen de aangewezen instanties om aan te geven met welke verschillende vaardigheden de vakjes moeten worden gevuld. Het ligt voor de hand dat zij daarvoor een CanMEDS-achtige benadering kiezen. CanMEDS 2000 is een in Canada ontwikkeld model waarbij in de opleiding vaardigheden (skills) centraal staan die voor de goede uitoefening van het artseneroep noodzakelijk worden geacht. Zulke vaardigheden zijn dan in het sjoelbakvoorbeeld een vakje 'medisch handelen', een vakje 'communiceren', een vakje 'kennis overdragen', enzovoort.³ Het vakje 'medisch handelen' kan dan weer worden uitgesplitst op verschillende onderwerpen. Met de huidige ICT-toepassingen zou deze benadering technisch een fluitje van een cent zijn.

BREED AANBOD

Maar zijn de uitgangspunten 'self-directed' en 'self-assessed' nu eveneens geborgd? Voor 'self-directed' zou er vooral een breed aanbod van nascholing moeten zijn, zodat er ook daadwerkelijk van alles te kiezen valt, en liefst op de momenten die passend zijn. Wat dat laatste betreft, zijn de ontwikkelingen op het gebied van e-learning veelbelovend.

Het aanbod is momenteel echter tamelijk eenzijdig, omdat dit toch voor een groot gedeelte wordt bepaald door de behoefte van de industrie om haar producten onder de aandacht te brengen. Ook de onwil van de cursisten om een normale, dat wil zeggen niet sterk gereduceerde prijs voor de nascholing te betalen, speelt een rol. Als voorbeelden van eenzijdige nascholing passeren dan ook stevast gesponsorde onderwerpen als diabetes, cardiovasculaire aandoeningen, maagzuurremmers en pijnstillers de revue.

Hoe het ook zij, verbreding van het aanbod staat of valt met het opstellen van een curriculum (lees: het vullen van de sjoelbakvakjes). Vanuit een goed samengesteld curriculum volgens het sjoelbakstelsel zijn er simpelweg te weinig punten te behalen met een beperkt aantal (gesponsorde) onderwerpen en ontstaat de vraag naar andere onderwerpen vanzelf. En wanneer de vraag er is, volgt het aanbod. Invoering van het sjoelbakstelsel zal hierop dus een positieve uitwerking hebben.

LASTIG

Het aspect 'self-assessed' is lastiger: hoe bepaal je nu zelf wat je goed of minder goed beheerst? Wat wordt onder goed (genoeg) verstaan en hoe verhoudt de vaardigheid van iemand zich tot die van zijn gelijken?

Het ligt voor de hand hier een vorm van toetsing te gebruiken, gekoppeld aan feedback. Ook het gebruik van stemkastjes bij een nascholingsbijeenkomst verschaft snel - en anoniem - inzicht in de eigen kennis ten opzichte van die van collegae. Op dit moment ontbreken veelal goede



<< toetsende modules die het de arts mogelijk maken het eigen functioneren op juiste waarde in te schatten en het stemkast-systeem is nog niet overal doorgedrongen.

Ideaal zou zijn dat artsen kunnen oefenen op een soort flight simulator die een sterkte-zwakteanalyse produceert. Dit idee is niet nieuw, maar wordt telkens te snel afgedaan als (financieel) onhaalbaar. Veel bouwstenen zijn immers al beschikbaar. Niet alleen zijn er fraaie virtuele benaderingen beschikbaar gekomen voor de chirurgie en de anesthesiologie, maar ook op gebieden als interne geneeskunde en psychiatrie wordt inmiddels fikse vooruitgang geboekt op dit terrein.⁴ Een fraai voorbeeld van eigen bodem voor het virtueel stellen van een diagnose en het instellen van een behandelplan vormt de dynamische patiëntsimulator, die onder andere is gericht op de eerstelijnsartsen.⁵ Het ontbreekt echter aan integratie van de verschillende onderdelen, terwijl de *gaming*-industrie laat zien dat zowat alles al mogelijk is, mits er (veel) geld voorhanden is.

SIMPELE ACTIE

Ook in deze tijd van bezuinigingen en krimpende budgetten zou een simpele actie mooie dingen mogelijk kunnen maken. Stel, de gezamenlijke industrie zou besluiten om de helft van hun marketingbudget, dat nu vrijwel geheel wordt besteed aan het sponsoren van nascholing, gedurende drie tot vijf jaar in een onafhankelijk fonds te storten ter ontwikkeling van zo'n vluchtsimulator voor artsen. Het mes snijdt dan aan twee kanten. Enerzijds krijgt de arts een uitstekende mogelijkheid zichzelf objectief te beoordelen, zijn vaardigheden te oefenen

Met sterkte-zwakteanalyse kan men zijn eigen nascholingsplan maken



en waar nodig te verbeteren. Anderzijds zal een goede, en dus onafhankelijke, simulator leiden tot een diagnostisch en therapeutisch plan waarbij geschikte en passende industriële producten voor het voetlicht zullen verschijnen. Dit lijkt voor een bedrijf een overtuigender manier om zijn waren aangeprezen te krijgen dan door middel van het uitdelen van incentives in de vorm van goedkope cursussen of geschenken. Bovendien zijn er voor de industrie geen extra kosten aan verbonden, en nemen zij op een natuurlijke en evidente wijze hun maatschappelijke verantwoordelijkheid. De afnemers van nascholing daarentegen dienen gedurende drie tot vijf jaar genoeg te nemen met normaal geprijsde cursussen die plaatsvinden in een soberder omgeving. Dit lijkt een minimaal offer voor de totstandkoming

van een instrument waarmee de eigen professionalisering verder ter hand genomen kan worden.

TAAK

Aan de hand van de sterkte-zwakteanalyse kan de individuele arts zijn eigen nascholingsplan maken. Het is goed voorstelbaar dat op deze manier op termijn zelfs vrijstellingen kunnen worden verkregen voor bepaalde 'sjoelbakvakjes', want waarom

Een vluchtsimulator biedt artsen een uitstekende mogelijkheid om zichzelf objectief te beoordelen.



SAMENVATTING

- Dat artsen zich te eenzijdige na- en bijscholen is tegen te gaan door de verschillende vaardigheden een bepaalde waarde toe te kennen, en vervolgens de bekende punten-telling van de sjoelbak te hanteren: gespreid nascholen levert veel meer punten op.
- Uitgangspunten blijven dat artsen zelf kunnen kiezen wat en hoe ze nascholen, en zelf bepalen waar de eigen behoefte ligt.
- Er moeten goede toetsingsinstrumenten worden ontwikkeld, zoals een soort vluchtsimulator voor artsen, die hen in staat stelt een individuele sterkte-zwakteanalyse te maken.
- Randvoorwaarden zijn: een kaderstellende beschrijving van de benodigde vaardigheden door de beroepsverenigingen en een vergroting en verbreding van het aanbod van nascholing.

Meer MC-artikelen over nascholing vindt u via onze website:
www.medischcontact.nl/dezeweek.



nascholen in iets waarin je al steengoed bent? Mocht er daarna nog sprake zijn van eenzijdige nascholing, dan is dat ten minste goed gefundeerd. Het zal natuurlijk nog wel enige jaren duren voor een dergelijke simulator is ontwikkeld en tot die tijd is er behoefte aan andere gedegen toetsinstrumenten. Hier ligt een mooie taak voor een gezamenlijke actie van de beroepsverenigingen en onafhankelijke nascholingsinstituten zoals de universitaire PAOG's, waar veel know-how op het terrein van toetsing beschikbaar is.

Het invoeren van een sjoelbakstelsel lijkt in ieder geval een prima manier om eenzijdige nascholing te voorkomen, en is bovendien niet strijdig met de uitgangspunten 'self-directed' en 'self-assessed'. Integendeel, het is vooral een kaderstellend instrument en het zal de arts meer mogelijkheden bieden om invulling te geven aan zijn individuele professionaliteit. ■

dr. C. Terleth,
directeur Boerhaave Commissie, Leiden

Correspondentieadres: c.terleth@lumc.nl



Literatuur

1. Carbo C. Nascholing bewust kiezen. *Medisch Contact* 2003; 58: 1686-8. 2. Rijn van Alkemade van EM. Beleidssignalement Nascholing Farmacotherapie. DGV, Nederlands instituut voor verantwoord medicijngebruik, maart 2005. www.medicijngebruik.nl 3. Frank JR, Jabbour M, Tugwell P et al. Skills for the new millenium: report of the societal needs working group, CanMEDS 2000 Project. *Annals Royal College of Physicians and Surgeons of Canada* 1996; 29: 206-16. 4. Issenberg SB. Features and uses of high-fidelity medical simulations that lead to effective learning: a BEME systematic review. *Medical Teacher* 2005; 27: 10-28. 5. Bloemendaal PM, Eggermont S. Oefenen op computerpatiënten. *Medisch Contact* 2000; 55: 1227-9.

VELDWERK

Hier gebeurt dat toch niet?



De eerste dag bij de huisarts. Meteen vliegen de meest gruwelijke dingen om m'n oren.

Seksueel geweld in het ene gezin, incest door pleegmoeder in het andere, trauma door verkrachting tijdens WO II, jong meisje is slachtoffer van groepsverkrachting... Waar ben ik beland?

Dit soort dingen hoor je normaal gesproken alleen op het journaal. En dan blijft het toch een 'ver-van-mijn-bed-show'. Tot nu toe ben ik er dan ook altijd van uit gegaan dat zulke dingen alleen in de grote steden gebeuren, waar men zijn eigen buurman nog niet eens kent. Of in achterstandswijken, of... in ieder geval niet hier! Niet in dit kleine, gemoedelijke dorpje waar ons, ons kent. Niet hier waar men argwanend toekijkt als er een vreemdeling (ik) bij de bushalte staat.

Maar het gebeurt dus echt, en echt overal, en ook nog best vaak. Een angstig gevoel bekruipt me, maar tegelijkertijd word ik ook kwaad. Wie doet dit soort dingen? Wie denkt dat hij het recht heeft om anderen zoveel verdriet te doen? Ook voel ik onbegrip, ik kan me niet voorstellen dat iemand zoiets doet, maar ik snap ook niet dat slachtoffers geen aangifte doen.

En daar is meteen mijn dilemma. Oké, een vermoeden van incest kan ik wel melden, maar aangifte doen voor een patiënt niet. Het enige wat ik kan doen, is de slachtoffers begeleiden en met lede ogen toezien dat de daders ongestraft hun gang kunnen blijven gaan. Het leuke van het vak huisartsgeneeskunde zou zijn dat je een kijkje kunt nemen in het leven van je patiënten... Nou, tot nu toe zie ik het leuke er niet van in! ■

Mysterico

de co-assistent