

OPLEIDING

Karin Reefman
coördinator masteropleiding
geneeskunde VU

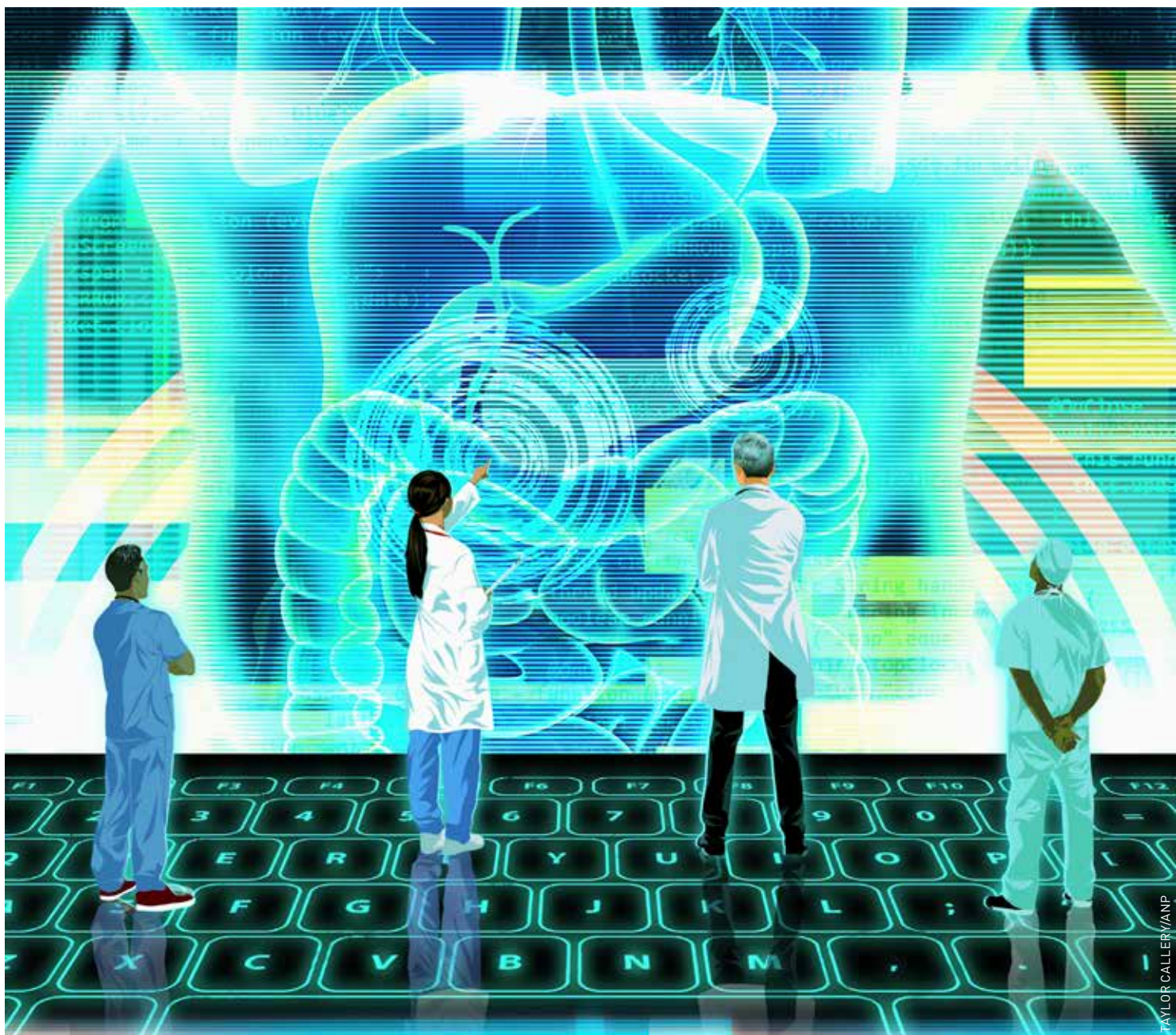
Marjolein Wintzen
dermatoloog Amsterdam UMC,
coschapcoördinator/examinator
coschap dermatologie
geneeskunde VU

Hester Daelmans
hoofd masteropleiding genees-
kunde VU, hoofd Klinisch Training
Centrum (KTC) Amsterdam UMC,
locatie VUmc

Christa Boer
opleidingsdirecteur geneeskunde
VU, vicedecaan onderwijs
Amsterdam UMC, locatie VUmc

MASTERSTUDENTEN LOPEN IN CORONATIJD COSCHAPPEN OP AFSTAND

Blended learning bewijst zijn meerwaarde



De geneeskundeopleiding van de Vrije Universiteit Amsterdam deed in coronatijd een pilot met drie coschappen via *blended learning*. Dat beviel zo goed dat ze er als aanvulling op het reguliere programma mee doorgaan, ook nu de coschappen weer opgestart zijn.

Toen de coschappen plotseling werden stilgelegd ten gevolge van de eerste golf van de covid-19-pandemie en een fysiek klinisch coschap op afzienbare termijn niet mogelijk bleek, hebben we binnen de masteropleiding geneeskunde VU alternatieve onderwijsvormen ontwikkeld. Na een succesvolle pilot ‘*blended learning* op afstand’ delen we onze ervaringen en beschrijven we waarom wij in *blended learning* een belangrijke meerwaarde zien voor het vormgeven van toekomstige klinische coschappen.

Gedurende de onderwijsstop exploreerden we in een pilot de mogelijkheden voor een coschap op afstand via *blended learning*. De keuze viel op de coschappen keel-, neus- en oorheelkunde (kno), oogheelkunde en dermatologie omdat hier reeds veel ervaring met digitale onderwijsvormen was opgedaan (e-learnings en iBooks). Hierdoor lag een doorontwikkeling naar een coschap op afstand voor de hand. Daarnaast is de positionering – halverwege masterjaar 2 – ideaal. Direct na de coschappen kno, oogheelkunde en dermatologie volgt namelijk een extramuraal blok met onder andere zes weken huisartsgeneeskunde waar coassistenten alsnog de gelegenheid krijgen om de geleerde vaardigheden in praktijk te brengen.

De coschapcoördinatoren Jochen Bretschneider (kno), Ina Meenken (oogheelkunde) en Marjolein Wintzen (dermatologie) gingen in samenwerking met stafmedewerkers en ICT aan de slag met het programma.

Gevarieerd pakket

Ons uitgangspunt was dat er uitdrukkelijk sprake moest zijn van *blended learning* (in tegenstelling tot enkel zelfstudie) en dat studenten na het volgen van het digitale coschap moesten voldoen aan de voor de reguliere coschappen omschreven eindtermen. Om voldoende interactie te kunnen waarborgen tijdens het onlineonderwijs werden de groepen gemaximeerd op acht studenten per coschap per keer.

De coschappen op afstand werden thematisch opgezet, gestructureerd rond grote klinische onderwerpen. Hierbij werd een gevarieerd pakket voor zelfstudie en leren in groepsverband aangeboden, zoals iBooks, werkcollegeopnamen, e-learnings en video’s van ingrepen en onderzoek bij patiënten (zie kader Mobile Learning Initiative op blz. 17). Dit bood ruimte aan verschillende leerstijlen en voldoende afwisseling zodat de focus kon worden

vastgehouden en er net als bij werkplekleren veel variatie was. Als voorbereiding op de contactmomenten met de docent werkten de studenten, vaak in duo’s, aan klinisch georiënteerde opdrachten die ze deelden met de andere studenten. Eén type opdracht was het voorbereiden van een fictief spreekuur, waarbij studenten op basis van klachten differentiële diagnoses opstelden, en uitwerkten welke aspecten van de anamnese, lichamelijk en eventueel aanvullend onderzoek het meeste richting geven om tot een werkdiagnose en behandelplan te komen.

Per week waren er drie tot vijf online-sessies van één tot twee uur met de coschapcoördinator via videoconferencing; in ons geval via een beveiligde Zoom-verbinding. Tijdens deze contactmomenten lag de nadruk op klinisch redeneren en toepassen van kennis, waarbij de kennis werd geplaatst in een praktisch klinisch kader aan de hand van voorbeelden en dilemma’s uit de praktijk. Daarnaast boden de contactmomenten gelegenheid tot het geven van toelichting door aan de hand van beeldmateriaal via *screensharing* extra onderwijs te geven.

Evaluatieresultaten

Met de masterstudenten is *blended learning* op afstand geëvalueerd. Het responspercentage was 25 procent (n=18).

BLENDED LEARNING

Blended learning is een mengvorm van contactonderwijs en met ICT ondersteunde onderwijsactiviteiten, leermaterialen en tools, zoals de functionaliteiten van Zoom-webinars, die elkaar idealiter versterken. *Blended learning* wordt gedefinieerd als de combinatie van traditioneel ‘face to face’ leren in combinatie met asynchroon (alleen, in eigen tempo) en synchroon (met andere studenten) leren.¹ Onderzoek laat zien dat *blended learning* een positief effect heeft op het leerproces. Omdat *blended learning* de studenten de gelegenheid geeft de studiestof in hun eigen tempo door te nemen en zo vaak als nodig te herhalen, heeft het soms een groter leereffect dan traditioneel onderwijs en leidt het tot grotere studentparticipatie.²

Gemiddeld werden de coschappen door de studenten met een rapportcijfer van 7,8 gewaardeerd. Ter vergelijking, de waardering van de ‘gebruikelijke’ klinische coschappen keel-, neus- en oorheelkunde (kno), oogheelkunde en dermatologie was in het vorige studiejaar op een vijfpunts likertschaal gemiddeld 3,4 bij een gemiddeld responspercentage van 24 procent. Alle studenten benoemden het aantal contactmomenten voldoende, ‘niet te veel en niet te weinig’.

Shaya Mahadew, student masterjaar 2, was een van de deelnemers aan de digitale coschappen. ‘Het was heel spannend om een coschap digitaal te volgen via Zoom. Ik wist niet zo goed wat ik (...) kon verwachten. Wat ik als heel positief heb ervaren, was dat de sessies werden geleid door de specialisten, maar dat de kennis eigenlijk door de studenten zelf werd overgedragen. Wij gaven elkaar presentaties in duo’s en hebben ook elkaars kennis getoetst middels quizvragen. Natuurlijk miste ik het patiëntcontact, maar dit werd goed opgevangen door oefenen met casuïstiek, filmpjes en plaatjes van patiënten. Ik heb zelf het idee dat ik nu wellicht (...) meer theoretische kennis opgedaan heb dan wanneer ik dit coschap in de kliniek zou hebben gevolgd. Het waren intensieve, maar erg leerzame weken.’

Discussie

De pilot is succesvol verlopen en heeft ons inzicht gegeven in de voor- en nadelen van *blended learning* op afstand in deze coschappen. Een coschap op afstand vergt van studenten een andere werkdiscipline door het ontbreken van een rooster in de (poli)kliniek. Een aantal studenten had in het begin moeite met studeren door het ontbreken van een dag- en weekstructuur. De duidelijke structuur, de thematische opzet, de verplichte voorbereiding van het onderwijs en het afwisselende karakter van de werkvormen hielpen echter goed om de concentratie te behouden en een (alternatief) ritme te scheppen. Actieve participatie van alle studenten en voldoende interactie via videoconferencing is lastiger te bereiken dan in de livesetting. Gedegen voorbereiding van de onderwijs-

momenten door alle studenten lijkt daarbij behulpzaam, alsook een taakverdeling onder de studenten door bijvoorbeeld één student een voorzittersrol te geven of door een competitie-element – in bijvoorbeeld de quizzes – toe te voegen.

Niet alle eindtermen kunnen in een coschap op afstand worden behaald. Er zijn meerdere beroepssituaties die niet rechtstreeks vervangen kunnen worden door een digitale variant. Het opdoen van ervaring met anamnese en lichamelijk onderzoek is voor een beginnend arts essentieel. Daarnaast zijn de leermomenten op de werkvloer in een zorginstelling, de interprofessionele en multidisciplinaire communicatie en de afwisselende patiëntcontacten niet te vervangen door afstandsonderwijs. Chirurgische ingrepen kunnen tegenwoordig prachtig worden gevisualiseerd, maar het fysiek ervaren van een operatie en het steriel participeren bij een ingreep zijn voor de coassistent onvervangbare ervaringen. In de pilot was sprake van vaardigheden waarvan we wachten dat deze aan de orde komen bij het coschap huisartsgeneeskunde dat wél volledig fysiek gedaan wordt en waar coassistenten nog voldoende mogelijkheden krijgen om te oefenen. Tevens worden in het skillslab mogelijkheden gecreëerd om de vaardigheden te oefenen opdat alle coassistenten de eindtermen behalen. Daarnaast zijn chirurgische ingrepen bij deze coschappen (met uitzondering van dermatologie) veelal zeer specialistisch,

‘Natuurlijk miste ik het patiëntcontact, maar dit werd goed opgevangen door oefenen met casuïstiek, filmpjes en plaatjes van patiënten’

waardoor de coassistent normaliter een minder actieve rol heeft. In deze gevallen kan beeldvorming op afstand een goed alternatief zijn.

Blended learning op afstand bleek ook vele voordelen te hebben: studenten worden gestimuleerd om mét en ván elkaar te leren; er zijn goede mogelijkheden voor klinisch redeneren en door de grote databank van medische beeldvorming kan er casuïstiek gecreëerd worden die niet dagelijks op de werkvloer te zien is. Daarnaast zorgt het flexibele karakter van *blended learning* ervoor dat coassistenten kunnen leren in tijden waar patiëntcontact niet of minder mogelijk is.

Toekomst

Klinische exposure voor coassistenten is anno 2020 een groeiende uitdaging vanwege het gebrek aan stageplaatsen. Daarnaast verandert de zorg in rap tempo: consulten zullen veelal digitaal

blijven verlopen en er is sprake van transitie van zorg naar locaties buiten het ziekenhuis. Ook is de dreiging van volgende pandemieën een argument om coschappen structureel te hervormen. Een groot deel van de inhoud van coschappen kan op afstand aangeboden worden. Ondanks de beschikbaarheid van digitale oefenmogelijkheden kunnen sommige specifieke ervaringen en praktische vaardigheden niet vervangen worden. *Blended learning* kan gezien worden als een belangrijke toevoeging aan het coschap. Zo zijn wij – nu de coschappen in de tweede golf van de covid-19-pandemie doorgang kunnen hebben, maar vanwege de afschaling van zorg soms minder exposure kennen – voor enkele coschappen overgestapt op een deel *blended learning* op afstand en een deel (fysiek) klinisch coschap. Omdat niet elk coschap even geschikt is voor een combinatie met *blended learning* kan er per coschap gekeken worden naar de ideale verhouding werkplekleren en *blended learning* op afstand waarbij het behalen van de eindtermen uitgangspunt blijft.

De recente ervaringen met *blended learning* in de masteropleiding geneeskunde VU laten zien dat voor geselecteerde disciplines een deel van een klinisch coschap aan te vullen of, indien nodig tijdens crisistijd, te vervangen is door andere onderwijsvormen. Kortom, *blended learning* heeft een belangrijke meerwaarde in het vormgeven van toekomstige klinische coschappen. ■

contact

k.reefman@amsterdamumc.nl
cc: redactie@medischcontact.nl

web

De voetnoten en meer over dit onderwerp vindt u onder dit artikel op medischcontact.nl/artikelen.

MOBILE LEARNING INITIATIVE

Het Mobile Learning Initiative is een groep van studenten die onder leiding van de kno-arts Jochen Bretschneider, in samenwerking met 85 studenten en klinici van Amsterdam UMC (locatie VUmc), een digitale bibliotheek heeft ontworpen met daarin 109 iBooks, gratis beschikbaar in de Apple Book Store. De iBooks zijn verdeeld over tien disciplines, waarin de symptomen, diagnostiek en therapie van zo'n 1200 aandoeningen zijn beschreven aan de hand van tekst, illustraties, foto's en video's. De iBooks vormen een multimediale basis voor docenten en studenten; zij zijn nadrukkelijk geen vervanging voor de aanbevolen tekstboeken. Om aan de vraag tegemoet te komen wordt momenteel gewerkt aan interactieve e-books voor Windows-gebruikers en aan twintig nieuwe publicaties ter ondersteuning van klinisch redeneren. Alle iBooks en pdf's zijn beschikbaar via de library van MLX.³

PRAKTIJKPERIKEL

TWEE ZIEKENHUIZEN VOOR ÉÉN ZWANGERE

Een zwangere is bij mij onder controle vanwege een pre-existente hypertensie. Zij heeft ook overgewicht en bij de glucosetolerantietest blijkt dat er sprake is van diabetes gravidarum. Daarvoor verwijs ik haar naar de diabetespoli, zodat ze kan leren haar eigen bloedsuikers te controleren.

Haar verzekering meldt dat ze in mijn ziekenhuis niet verzekerd is voor internistische zorg: ze moet naar de diabetespoli van een ander ziekenhuis, 32 kilometer verderop, en 40 kilometer van haar woonadres.

Ik bel met de verzekering. 'Ja dat is juist, mevrouw heeft een budgetpolis, en internistische zorg in uw ziekenhuis wordt niet vergoed.' Ik geef aan dat het niet handig is dat ze voor haar zwangerschap in ziekenhuis A behandeld wordt, en voor een complicatie van de zwangerschap naar ziekenhuis B moet. Beide ziekenhuizen hebben een verschillend elektronisch patiëntendossier en geen inzage in elkaars dossiers. 'Dan moet mevrouw haar verzekering in december aanpassen.' Ik werp tegen dat ze rond de jaarwisseling ingeleid wordt, dus dat aanpassing van de verzekering niet veel zin heeft.

Kan er misschien een uitzondering gemaakt worden?

Er is één uitzondering mogelijk, namelijk dat mevrouw eerst een afspraak bij de internist van ziekenhuis B maakt, en dat die haar dan naar de internist van ziekenhuis A verwijst. Die constructie is eigenlijk bedoeld voor tertiaire zorg, dus zorg die voor ziekenhuis B te ingewikkeld is. Maar het zou in dit geval een oplossing kunnen zijn, want dan vergoedt de verzekering zorg in ziekenhuis A wel.

'Maar dat is voor jullie toch veel duurder, als jullie in twee ziekenhuizen de dbc diabetes gravidarum moeten vergoeden?' 'Tja, zo zijn de regels. Ik snap uw punt. Als u het er niet mee eens bent, moet u maar een klacht indienen.' Ik stuur een verwijzing naar de internist van ziekenhuis B en dien een klacht in.

Heeft u ook een perikel?

Stuur uw verhaal naar redactie@medischcontact.nl