

Modernisering medische vervolgopleidingen is gebaat bij meer maatwerk

Geen keurslijf voor vervolgopleiding

dr. V.T.H.B.M. Smit, patholoog,
lid Opleidersgroep Pathologie
LUMC, Leiden

Correspondentieadres:
v.t.h.b.m.smit@lumc.nl;
c.c.: redactie@medischcontact.nl

Geen belangenverstrengeling
gemeld.

Na jaren voorbereiding is de planvorming voor vernieuwde medische vervolgopleidingen in de slotfase beland. Niet iedere verandering lijkt een verbetering. Enige reflectie is op zijn plaats.

Het voortraject van de modernisering van de medische vervolgopleidingen (MMV) nadert zijn einde. Naar verwachting treedt op 1 januari 2011 het nieuwe kaderbesluit CCMS in werking. De 27 verschillende medisch specialismen zijn in de eindfase van hun nieuwe opleidingsplannen en de specifieke besluiten van de specialismen worden nu geformuleerd. Een goed moment om stil te staan bij het proces tot dusver en voor een oproep om 2010 te benutten voor de noodzakelijke 'finetuning' en aanpassingen opdat het noodzakelijke draagvlak bij de implementatie behouden blijft.

Kind met badwater

Begin 2004 is de stuurgroep MOBG (Modernisering Opleidingen en Beroepsuitoefening in de Gezondheidszorg) van start gegaan met dit MMV-project. Aanleiding waren eerder verschenen rapporten, waaronder 'De Arts van

Straks' en 'de Zorg van Morgen', die een aantal knelpunten signaleerden in de medische opleiding(en). De belangrijkste hiervan waren de lengte van de totale opleiding (zes jaar initiële

opleiding, gevolgd door drie tot vijf jaar medische vervolgopleiding), een slechte aansluiting tussen de initiële en de vervolgopleidingen (het Medisch opleidingsDIScontinuüm), en de inflexibiliteit om te kunnen switchen tijdens de vervolgopleidingen tot medisch specialist.

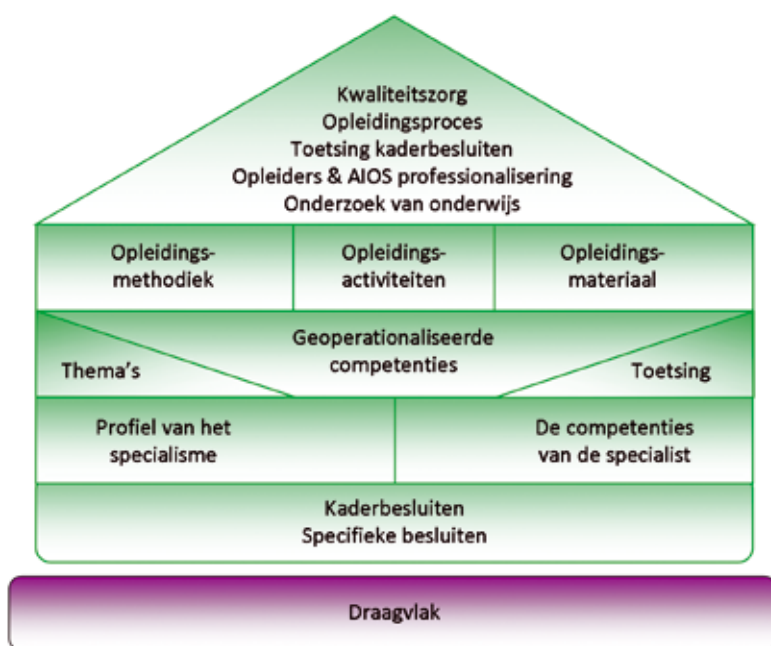
Opvallend was overigens dat de sterkte-zwakte-analyse in een van deze rapporten nadrukkelijk stelde dat de initiële opleiding geneeskunde van uitstekende kwaliteit is en dat ook de medische vervolgopleidingen inhoudelijk van hoog niveau zijn. Dan dringt zich, als het gaat over de noodzaak tot vernieuwing en verandering, toch enigszins het gevoel op dat het kind met badwater wordt weggegooid.

Daarnaast bestond de wens om meer competentiegericht te gaan opleiden; dit volgens het CanMeds-model, waarbij naast de medisch-inhoudelijke kennis ook de algemene competenties een belangrijke rol krijgen toebedeeld. De 'veranderende' samenleving vraagt volgens de CCMS/MSRC om 'andere' dokters en de opleiding moet daarop inspelen. De 'arts van straks' moet een bekwaam medicus zijn, wetenschappelijk opgeleid en georiënteerd zijn en communicatief en sociaal vaardig blijken. Daarbij moet hij goed functioneren in een team, kan hij zijn werk goed organiseren en is gemotiveerd om een leven lang te leren en te reflecteren. Bij het lezen van een dergelijk profiel vraag je je af hoe het dan zit met de 'arts van nu'. Het valt te hopen dat de huidige, maar ook de vorige generatie zich (merendeels) evengoed herkent in dit profiel.

Systeembouw

Snel na de start van de stuurgroep werden twee werkgroepen ingesteld; een werkgroep modernisering CCMS, onder leiding van prof. dr. Gans en een werkgroep BBOV, onder leiding van prof. dr. Heineman, die de wetenschappelijk-

*Je vraagt je af
hoe het dan zit met
de 'arts van nu'*



Het standaard gebruiken van het 'Huisje van Heineman' leidt tot ongewenste systeem-bouw van vrijwel identieke huizen.

beeld: auteur

ke verenigingen ondersteunden bij hun uitwerking van de nieuwe opleidingsplannen. Voor de verdere uitwerking werd gebruikgemaakt van het zogenaamde 'Huisje van Heineman' (zie ook www.knmg.nl), waar verschillende aspecten van de opleiding als een 'kamertje' worden gesymboliseerd, met daarachter een lijst van aandachtspunten die aan de orde moeten komen. Een belangrijk aspect bij dit 'huisje' is het 'fundament', ofwel het draagvlak in de beroepsgroep voor deze moderniseringsslag. Het ontbreken van een nulmeting van de kwaliteit van de bestaande opleidingen, voor-

afgaand aan dit traject, is een gemiste kans om dit draagvlak te verkrijgen. Immers, iedere opleider streeft naar een kwalitatief goede eigen opleiding. Mocht uit een dergelijke nulmeting blijken dat zijn/

haar huidige manier van opleiden beduidend minder van kwaliteit is dan zal hij/zij veel meer gemotiveerd zijn om deze moderniseringsslag te maken.

Verder resulteert het gebruik van dit standaardhuisje voor alle medisch specialismen in een ongewenste systeem-bouw van vrijwel identieke huizen. Handig voor de 'controleurs' (lees CCMS/MSRC); immers afwijken van bijvoorbeeld de 'dakgoothoogte' en 'verfkleur buitenwerk' valt meteen op. Maar slecht voor de kwaliteit van de individuele opleidingen. Een opleiding met twee aios vereist toch een

heel andere inrichting dan een met ruim twintig aios. Daarnaast is de mate van dagelijkse interactie tussen opleiders en aios per discipline zo variabel dat er ook ruimte moet zijn om per specialisme de inhoud zelf te kunnen regelen. Zo heeft een opleiding pathologie, waar dagelijks de patholoog met zijn aios twintig tot dertig casus in een een-op-eenrelatie bespreekt, veel minder behoefte om dit alles via korte klinische beoordelingen (KKB's) vast te leggen dan een opleider die zijn aios veel minder vaak spreekt en waarbij de KKB's heel nuttig en behulpzaam kunnen zijn op het moment van een tussentijdse evaluatie.

Het vermogen om per discipline maatwerk te kunnen leveren hangt dus sterk af van de mate van detaillering in de regelgeving zoals vastgelegd in het (concept)kaderbesluit CCMS. Het nu voorliggende concept is, ten opzichte van het huidige kaderbesluit CCMS 2004, helaas een grote stap achteruit op dit punt. Het onderdeel Opleiding (hoofdstuk B) is bijvoorbeeld alleen al aangevuld met de onderdelen Opleidingsplan (sub 1 t/m 5), Structuurplannen (B4, sub 1 t/m 3), Arbeidsvoorwaarden (B6), Avond-, nacht en weekenddiensten (B7), Portfolio (B10 sub a t/m e) en Toetsing (B12, sub 1 t/m 5). Door deze verdere detaillering in het kaderbesluit worden de opleidingsplannen noodgedwongen in een steeds uniformer keurslijf geperst. In hoeverre hiermee ook de kwaliteit zal toenemen is nog maar zeer de vraag. Tijdens het traject van de Modernisering werd het opleidingsland ook geconfronteerd met de introductie van het Opleidingsfonds. Hoewel op zich beide onderwerpen onafhankelijk van elkaar zijn opgestart, is het een illusie om vol te houden dat ze niet aan elkaar zijn gekoppeld. Er is al veel gezegd en geschreven over het disfunctioneren van dit fonds en de inflexibiliteit die dit genereert voor zowel de aios als de opleiders. Een recent voorbeeld hiervan is de 'brandbrief' vanuit het KNAW, begin oktober van dit jaar, die nadrukkelijk stelt dat zowel het opleidingsfonds als de vernieuwde opleidingscurricula, belemmerend zullen werken op de wetenschappelijke vorming van de nieuw op te leiden medisch specialisten.

Zelf bepalen

Hoe nu verder? Het moge duidelijk zijn dat het vijf voor twaalf is. Per 1 januari 2011 zal het nieuwe kaderbesluit van kracht worden. Het huidige conceptkaderbesluit ligt op dit moment bij het ministerie van VWS en is door de CCMS onlangs voorgelegd aan de Orde, Jonge Orde, LAD en de wetenschappelijke verenigingen.

Identieke 'huisjes' zijn handig voor controleurs maar slecht voor de kwaliteit



Meer MC-artikelen over de modernisering van medische vervolgoopleidingen staan bij dit artikel op onze website: www.medischcontact.nl.



beeld: Chris Keulen, HH

Preparatie van kankergezwellen in het azM. Opleiders in de pathologie bespreken dagelijks tientallen casus met aios, waardoor korte klinische beoordelingen (KKB's) niet meer nodig zijn. Toch worden die verplicht voor alle vervolgoopleidingen.

gen. Zij krijgen tot eind november van dit jaar de gelegenheid om bedenkingen in te brengen bij het federatiebestuur van de KNMG. Het is de allerlaatste kans om iets aan het voorliggende concept te doen veranderen. Hopelijk wordt deze kans benut om het kaderbesluit inderdaad een besluit te laten zijn dat kaders stelt en niet te veel dwingende gedetailleerde regelgeving oplegt. Heroverweeg bijvoorbeeld of het wel nodig is om de genoemde toetsinstrumenten zoals KKB's, 360-gradenbeoordeling, critical appraised topics (CAT's) en dergelijke, evenals het format van het portfolio, als verplichting op te nemen in het kaderbesluit. Laat het 'opleidingsveld' zelf bepalen hoe en met welke toetsinstrumenten de voortgang van de aios in hun specialisme het best in kaart kan worden gebracht en vertrouw daarbij op de expertise van de opleiders.

Onzindiscussie

Naast het kaderbesluit speelt er eenzelfde detaildiscussie rondom de opleidingsplannen. Vrijwel alle specialismen hebben een landelijk gemeenschappelijk opleidingsplan geschreven. Bij de pathologie is dat een document geworden (Modernisering Opleiding Pathologie; MOP) van maar liefst 88 pagina's. Laat het hierbij! Opleiders verplichten om ook lokaal weer een eigen opleidingsplan te gaan schrijven zal de implementatie van de modernisering zeker niet stimuleren.

Het ministerie zou het Opleidingsfonds moeten afschaffen


Ook moet 2010 worden benut om gezamenlijk (CCMS/MSRC en 'veld') op te trekken om een verdere versoepeling van de subsidieregeling Opleidingsfonds te realiseren. De onzindiscussie om kwaliteitsindicatoren te gaan gebruiken bij de verdeling van de opleidingsplaatsen dient in de kiem te blijven gesmoord. Inzet van het ministerie bij de geplande evaluatie van het Opleidingsfonds zou afschaffing van dit fonds moeten zijn, en terugkeer naar de oude verdelingssystematiek voor de opleidingsgelden. Ten slotte: vernieuwingen in onderwijsland zijn niet uniek en worden meestal gevolgd door een evaluatie enkele jaren later. De commissie-Dijsselbloem die destijds het voortgezet onderwijs evalueerde is daar een goed voorbeeld van.

SAMENVATTING

- De modernisering van de medische vervolgoopleidingen, begonnen in 2004, nadert zijn einde. Naar verwachting treedt op 1 januari 2011 het nieuwe kaderbesluit CCMS in werking.
- Het (concept)kaderbesluit CCMS is, door zijn starre detaillering en gebrek aan maatwerk, een flinke verslechtering ten opzichte van het huidige kaderbesluit.
- Het is de hoogste tijd het tij te keren, om te voorkomen dat opleidingen in een strak en uniform keurslijf worden gedwongen.

De conclusies van dat rapport waren niet mals: de analyse schoot tekort, de verantwoordelijke bewindslieden vertoonden een tunnelvisie, het politieke draagvlak werd belangrijker gevonden dan het draagvlak op de werkvloer, het 'veld' is onvoldoende gehoord, parallelle ingrijpende veranderingen doorkruisten de vernieuwing, de genoemde didactische vernieuwingen werden als verplicht ervaren, er was achteraf een forse aanpassing nodig van de regelgeving, een nulmeting van de bestaande kwaliteit vooraf ontbrak en last but not least de wetenschappelijke onderbouwing van het 'nieuwe leren/opleiden' ontbreekt grotendeels.

Het tij keren

Wat betreft de medische vervolgoopleidingen kunnen wij ons opmaken voor een dergelijke evaluatie ergens in 2016. Bovenstaande conclusies klinken helaas uiterst profetisch als de huidige plannen niet meer wijzigen. Laten we het tij proberen te keren nu het nog kan en voorkomen dat de medische vervolgoopleiding hetzelfde lot te wachten staat. 

Reactie KNMG

Geen vijf voor twaalf

De heer Smit pleit ervoor om 2010 te benutten voor finetuning en aanpassingen in de modernisering van de medische vervolgoopleidingen. Vanuit de KNMG ondersteunen wij dit van harte, voor zover dat gaat om de implementatie van de modernisering. Alleen zal het niet bij 2010 blijven maar wat ons betreft de eerste jaren daarna ook. Door de implementatie te evalueren en te monitoren hopen wij, met het veld, kritisch de ontwikkelingen te beschouwen en daar waar nodig aan te passen. Het is geen vijf voor twaalf zoals de heer Smit meldt, het kaderbesluit is vastgesteld. De implementatie van de opleidingsplannen, het kaderbesluit en de specifieke besluiten zullen van start gaan. Daarmee wordt voortgang gegeven aan een verandering die de afgelopen jaren al is ingezet: meer transparantie in het opleiden, regelmatig gestructureerde feedback, portfolio ter ondersteuning hiervan én expliciete aandacht voor alle competenties. Dat aandacht hiervoor noodzakelijk is, blijkt uit de aandacht die de medisch specialisten in de media krijgen voor zaken die fout gaan: slechte samenwerking, tekortschieten in veiligheid, enzovoort. Niet iedere verandering leidt tot verbetering, dat klopt. Maar dat wil niet zeggen dat alles bij het oude kan blijven. De uitdaging is, ook in het medisch onderwijs, te blijven streven naar verbetering van kwaliteit, efficiency en effectiviteit. We nemen aan dat de heer Smit ook niet meer naar zwart-wit-tv kijkt.

KNMG Opleiding & Registratie

veldwerk

Slingerbeweging

De eerste berichten over de Mexicaanse griep waren zorgwekkend. Een pandemie met een verwoestend nieuw influenzavirus zou onze kant op komen. De media doken er bovenop, de experts draaiden overuren in overlegorganen en talkshows. De minister deed een megaorder voor vaccins. Iedereen had er een mening over.

De tweede golf van Mex-griepberichten was er een van schouderophalen. Het aantal gevallen in andere landen dan Mexico viel mee, de ernst van de ziekte was ook niet zo heftig. Ook nu weer spitsuur in de media en de talkshows. Dezelfde experts, in een lastiger rol: een veranderde waarheid verkopen. Cynische commentaren alom. Zelfs een enkele complottheorie: de vaccinmafia blaast het allemaal op. Kamervragen. Minister onder druk. Een algemeen heersend gevoel van: het was een storm in een glas water, die Mexicaanse griep.

Inmiddels zitten we midden in de epidemie, en blijkt de waarheid in het midden te liggen. Nederland is niet massaal geveld, maar toch. Bij mijn kinderen op school is een kwart van de leerlingen ziek thuis, en een vergelijkbaar deel van het personeel. Onze kinderafdeling ligt hartstikke vol – nog vóór het jaarlijkse RSV-seizoen –, de spoedeisende hulp stroomt dagelijks over met (vermeende) griepgevallen, en het secretariaat wordt overspoeld met telefoontjes van bezorgde ouders. Want er gaan kinderen dood aan deze griep. Voorheen gezonde kinderen. Mexicaanse griep, pats-boem dood. Het zijn er niet veel, maar het gebeurt wel. En dat is toch écht anders dan bij de jaarlijkse griepgolf, in ieder geval voor kinderen.

Een slingerbeweging dus: eerst paniek, toen nonchalance, nu ergens daar tussenin. De aangewezen houding lijkt me bescheidenheid nu, vanuit de beroepsgroep. Blijkbaar is het niet zo makkelijk een griep epidemie te voorspellen.

Paul Brand,
kinderarts