



Samenwerken in de opleiding geneeskunde

*L.J. Schmit Jongbloed, arts, MBA
april 2011*

LSJ Medisch Projectbureau
Rijnsburgerweg 10, poortgebouw
2333 AA Leiden 071-5232900
www.lsj.nl info@lsj.nl

Inhoud

Samenvatting en conclusies	2
Inleiding/leeswijzer	3
1. Samenwerken in de basisopleiding geneeskunde	5
1.1 Introductie	6
1.1.1 Algemene informatie over blokken en lijnen.....	6
1.1.2 Impliciet / Expliciet.....	7
1.1.3 Intercollegiaal / Multidisciplinair	7
1.2 Decentrale selectie	8
1.3 Jaar 1 Propedeuse	9
1.3.1 Blokken.....	9
1.3.2 Beroepsvoorbereiding.....	10
1.4 Jaar 2 Bachelor	12
1.4.1 Blokken.....	12
1.4.2 Beroepsvoorbereiding.....	12
1.5 Jaar 3 Bachelor	14
1.5.1 Blokken.....	14
1.5.2 Beroepsvoorbereiding.....	14
1.6 M1 Master	15
1.6.1 Blokken - Junior coassistentenschappen.....	15
1.6.2 Professionele ontwikkeling	16
1.7 M2 Master	18
1.7.1 Senior coassistentenschappen.....	18
1.7.2 Professionele ontwikkeling	18
1.8 M3 Master	20
1.8.1 Semi-arts stage.....	20
1.8.2 Professionele ontwikkeling	20
1.9 Schematische samenvatting.....	21
1.9.1 Voorafgaand aan de studie	21
1.9.2 Blokken.....	21
1.9.3 Lijn Beroepsvoorbereiding / Professionele ontwikkeling	22
2. Samenwerken in de vervolgopleiding:.....	24
2.1 Algemeen.....	24
2.2 NFU voorstel voor de “medisch specialist van straks”	25
2.3 Hoe wordt in de opleiding Obstetrie en Gynaecologie aandacht besteed aan “samenwerken”?	25
3. CanMeds in een (internationale) context.....	27
3.1 Ontstaan	27
3.2 Acceptatie in Canada.....	27
3.3 Overdracht naar andere continenten.....	28
Bijlagen.....	29
Bijlage I - Eindtermen, bekwaamheid communiceren, subcategorie samenwerken.....	30
Bijlage II - Casus voor MDO verpleeghuisstage.....	31
Bijlage III - Beoordelingsformulier professioneel gedrag.....	33
Bijlage IV - Selectie kaarten vaardighedenspel (P.Gerrickens)	38
Bijlage V - Werkwijze Intervisie.....	39
Bijlage VI - Het ingestorte gebouw	40
Bijlage VII - Adequate samenwerkingsrelaties op de werkvloer.....	46
Bijlage VIII - Artikelen over CanMeds.....	47
Bijlage IX - Doelstellingen en activiteiten CanMeds organisatie.....	50
Bijlage X – Bibliografie.....	51

Samenvatting en conclusies

In 2002 concludeerden alle betrokken partijen bij het project “Het medisch opleidingscontinuüm; de Arts van Straks” dat in de opleiding geneeskunde meer aandacht moest worden besteed aan de niet-medisch-inhoudelijke rollen zoals beschreven in het CanMeds model.

Het onderzoek naar vorm en omvang van de aandacht voor “samenwerken” in de opleiding Geneeskunde, Faculteit Medische Wetenschappen, RUG laat zien dat sinds het verschijnen van het rapport (in ieder geval in Groningen) in ieder opleidingsjaar structureel aandacht wordt besteed aan het trainen van de competentie “samenwerken”. Dit gebeurt impliciet en expliciet en er wordt aandacht besteed aan zowel intercollegiaal als interdisciplinair samenwerken. De omvang waarin dit gebeurt is niet eenvoudig. Een poging toch enige kwantificering aan te brengen is gedaan in de schematische samenvatting van het rapport op bladzijde 21 en 22.

Ook de vervolgopleiding Obstetrie en Gynaecologie in het LUMC blijkt impliciet én expliciet aandacht te besteden aan de competentie “samenwerken”, bijvoorbeeld door het aanbieden van een assessment aan de aios in hun tweede of derde opleidingsjaar.

Zijn deze inspanningen genoeg om artsen op te leiden die goed kunnen samenwerken? Voor het beantwoorden van deze vraag is uitgebreider onderzoek nodig. Zo zullen studenten bij de start van hun opleiding aanzienlijk verschillen in hun samenwerkingsvaardigheden. Voor sommigen zal de aandacht die aan deze rol wordt besteed (meer dan) genoeg zijn, voor anderen is het wellicht (volstrekt) onvoldoende.

Het is aan de docenten in de basisopleiding en aan de opleiders in de vervolgopleiding om via persoonlijke contacten en de beschreven vormen en momenten van toetsing na te gaan of de arts in opleiding voldoende is geëquipeerd voor de verschillende vormen van samenwerking in het verdere verloop van diens carrière.

Indien tijdig kan worden geconstateerd dat de medisch student of aios onvoldoende vaardig is in “samenwerken” kan aanvullend actie worden ondernomen. De gerichte aandacht tijdens de basis- en vervolgopleiding geeft daartoe de gelegenheid.

Voor 2002 bestond deze mogelijkheid niet of nauwelijks. Dat dat nu wel het geval is is pure winst!

Lodewijk J. Schmit Jongbloed, arts, MBA

LSJ Medisch Projectbureau

Inleiding/leeswijzer

De RVZ presenteert op 13 april 2011 haar rapport over toekomstige ontwikkelingen in de gezondheidszorg en de implicaties daarvan voor bestaande en nieuwe beroepen in de zorg. In het verlengde daarvan wordt gekeken naar de opleiding geneeskunde. Daarbij ontstond de vraag of er in de opleiding geneeskunde niet (te) weinig aandacht wordt besteed aan de andere CanMeds competenties dan de medisch-inhoudelijke competentie. Denk aan “samenwerken”, ‘organiseren’ en ‘professioneel handelen’.

Om hier meer zicht op te krijgen heeft de RVZ aan LSJ Medisch Projectbureau gevraagd een (tentatief) onderzoek te doen naar momenten en de manier waarop aandacht wordt besteed aan “samenwerken” in opleiding geneeskunde. Het resultaat heeft u in handen.

In het rapport wordt onderscheid gemaakt tussen *impliciet* en *expliciet* trainen en/of aandacht besteden aan samenwerken. Waar mogelijk wordt gekeken naar het onderscheid tussen *intercollegiaal* (tussen artsen) en *interdisciplinair* (tussen artsen en andere beroepen) samenwerken. Reeds in de 2002 is in het rapport “De Arts van Straks; het medisch opleidingscontinuüm”¹ door alle betrokken partijen er op aangedrongen in de basisopleiding meer aandacht te besteden aan de niet-medisch-inhoudelijke CanMeds rollen.

Om na te gaan in hoeverre dit is gelukt voor de competentie “samenwerken” is onderzoek gedaan naar de momenten en de manier waarop “samenwerken” aan bod komt in de basisopleiding geneeskunde (bachelor en master) in het UMCG. Het onderzoek is verricht in opdracht van LSJ Medisch Projectbureau door mw Nienke Boendermaker, MSc, onderzoeksmedewerker van het Centrum voor Innovatie en Onderzoek van Medisch Onderwijs (CIOMO), UMCG en Rijksuniversiteit Groningen. Het resultaat van dit onderzoek vormt de kern van dit rapport.

Het onderhavige onderzoek richtte zich in de eerste plaats op de basisopleiding. Het medisch opleidingscontinuüm omvat echter, naast de basisopleiding, ook de vervolgopleiding tot één van de medisch specialismen zoals huisartsgeneeskunde, specialist ouderengeneeskunde of een klinisch specialisme. Deze laatste categorie omvat circa 30 vervolgopleidingen.

Het Centraal College Medisch Specialismen (CCMS) heeft via het Kaderbesluit 2004, de algemene competenties van de medisch specialist verplicht gesteld voor alle opleidingen. Aan iedere wetenschappelijke vereniging is gevraagd om de algemene competenties te verwerken in het opleidingsplan. De wetenschappelijke verenigingen van Obstetrie en Gynaecologie en kindergeneeskunde hebben de afgelopen jaren uitgebreid beschreven over welke CanMeds competenties de aios moet beschikken aan het einde van zijn/haar vervolgopleiding². Ook de radiologen presenteerden in 2010 een nieuwe opzet van hun vervolgopleiding gebaseerd op de

¹ Meyboom-de Jong, B., Schmit Jongbloed, L.J. en Willemsen, M.C. (2002). *De arts van straks, een nieuw medisch opleidingscontinuüm*. Utrecht: KNMG, DMW-VSNU, VAZ, NVZ, LCVV.

² “Curriculum opleiding tot gynaecoloog; herziening opleiding obstetrie en gynaecologie” Op basis van het NVOG-project Herziening Opleiding Obstetrie en Gynaecologie (HOOG); onder redactie van prof. dr. F. Scheele; dr. M.F. Schutte; NVOG 2005

CanMeds rollen.³

Een uitgebreid onderzoek naar “samenwerken” in de vervolgopleiding vereist (veel) meer tijd dan nu beschikbaar. Om toch enig idee te krijgen van de aandacht voor “samenwerken” in de vervolgopleiding is met een opleider Obstetrie en Gynaecologie in het LUMC, professor dr. F.W. Jansen, besproken in welke vorm en op welke momenten deze vaardigheid aandacht krijgt in die vervolgopleiding.

Met het oog op de internationale dimensie is een kort literatuuronderzoek verricht naar het ontstaan van de CanMeds rollen/competenties in Canada en de verspreiding naar Nederland, Europa en andere continenten.

Dit rapport omvat dan ook de volgende onderdelen:

- Hoofdstuk één: samenwerken in de basisopleiding geneeskunde;
- Hoofdstuk twee: samenwerken in de vervolgopleiding;
- Hoofdstuk drie: ontstaan en verspreiding van de CanMeds rollen.

³ Competency-based (CanMeds) residency training programme in radiology: systematic design procedure, curriculum and succes factors. Jippes E., van Engelen J.M.L., Brand P.L.P., Oudkerk M. Eur Radiol (2010) 20: 967-977

1. Samenwerken in de basisopleiding geneeskunde⁴

In dit hoofdstuk zijn de resultaten beschreven van de inventarisatie van de vormen en momenten waarop de CanMEDS-competentie *samenwerken* aandacht krijgt in de bachelor en master Geneeskunde, Faculteit Medische Wetenschappen, Rijksuniversiteit te Groningen. Een schematische samenvatting van de inhoud van dit hoofdstuk is te vinden in paragraaf 1.9. In de eerste twee tabellen wordt weergegeven hoe samenwerken aan de orde komt tijdens de decentrale selectie en het blokonderwijs in de zes studie jaren. In de derde tabel is een overzicht te vinden van samenwerken binnen de lijnen Beroepsvoorbereiding en Professionele ontwikkeling. De schuin gedrukte termen in de tabellen geven de naam van het betreffende studieonderdeel weer. Daarnaast wordt verwezen naar de pagina waarop dit onderdeel uitgebreider behandeld wordt.

Dit onderzoek had niet tot stand kunnen komen zonder de deskundigheid van prof. dr Janke Cohen-Schotanus, hoofd van het Centrum voor Innovatie en Onderzoek van Medisch Onderwijs, prof. dr Jan Borleffs, prodecaan onderwijs en opleiding, drs Hanke Dekker, hoofd van de afdeling Docentondersteuning en Kwaliteitszorg, drs Martha Dekker, hoofd van het Klinisch Trainingscentrum en drs Menno Buiskool, specialist Ouderengeneeskunde. Aanvullende informatie is verkregen uit het boekwerk *G2010 Curriculum Geneeskunde: onderwijsconcept bacheloropleiding, onderwijsconcept masteropleiding en eindtermen bekwaamheden*, van de Projectgroep 2010, dat in 2006 is gepubliceerd.

⁴ Uitgevoerd door mw. Nienke Boendermaker, MSc, onderzoeksmedewerker van het Centrum voor Innovatie en Onderzoek van Medisch Onderwijs, UMCG en Rijksuniversiteit Groningen, in opdracht van LSJ Medisch Projectbureau; Lodewijk Schmit Jongbloed, arts, MBA

1.1 Introductie

De Dikke van Dale definieert samenwerken als: 'met elkaar, met verenigde krachten, gemeenschappelijk aan eenzelfde taak werken'. De CanMEDS-competentie *samenwerken* wordt door het KNMG als volgt omschreven:

- De specialist overlegt doelmatig met collega's en andere zorgverleners
- De specialist verwijst adequaat
- De specialist levert effectief intercollegiaal consult
- De specialist draagt bij aan effectieve interdisciplinaire samenwerking en ketenzorg

In de opleiding Geneeskunde aan de faculteit Medische Wetenschappen van de Rijksuniversiteit Groningen moeten studenten aan het eind van de opleiding zeven bekwaamheden ontwikkeld hebben die in 2003 vastgesteld zijn aan de hand van de algemene eindtermen van Raamplan 2001. Deze bekwaamheden zijn vergelijkbaar met de CanMEDS-competenties. In de verschillende jaren is gespecificeerd tot op welk niveau de studenten de verschillende bekwaamheden ontwikkeld moeten hebben. In de opleiding Geneeskunde te Groningen is samenwerken geen aparte bekwaamheid maar een subcategorie van de bekwaamheid communiceren en wordt daar *samenwerken met derden* genoemd. Ook voor deze subcategorie zijn verschillende niveaus te onderscheiden (bijlage I).

1.1.1 Algemene informatie over blokken en lijnen

In elk studiejaar zijn zes onderwijseenheden geformuleerd; vier blokken en twee lijnen.

Eén blok duurt tien weken, de blokken zijn vooral gericht op kennisverwerving en het leren van vaardigheden. Vanaf jaar twee worden twee soorten blokken onderscheiden: studieblokken en trainingsblokken. In studieblokken ligt het accent op kennisverwerving. In deze blokken is alleen grootschalig onderwijs. In trainingsblokken ligt het accent op de te leren vaardigheden die zijn afgeleid van de bekwaamheden. In deze blokken wordt het onderwijs vooral kleinschalig georganiseerd, in tutor- of trainingsgroepen, maximaal tien personen per groep, begeleid door een tutor. Het werken in kleine groepen is een belangrijke onderwijsvorm, ondersteund door grootschalige onderwijsvormen, praktijkoefeningen en zelfstudie.

Het lijnonderwijs vindt plaats gedurende het hele studiejaar. Bij deze lijnen gaat het om leerdoelen waarin de student progressie moet laten zien. De bachelor bevat twee lijnen, Kennisprogressie en Beroepsvoorbereiding. Deze lijnen komen elk jaar terug op een hoger niveau. In de master loopt de lijn kennisprogressie door en wordt beroepsvoorbereiding opgevolgd door de lijn Professionele ontwikkeling.

De onderwijsvorm voor de kennisprogressie lijn is zelfstudie. Samenwerken komt in deze lijn dus niet aan de orde en zal daarom niet verder besproken worden.

Het jaarprogramma van de lijn beroepsvoorbereiding is opgebouwd rondom vijf onderdelen: praktijkelementen, opdrachten, professioneel gedrag, persoonlijke profilering en coachgroepen. Alle opdrachten die in het kader van de beroepsvoorbereiding uitgevoerd worden, worden door de studenten opgenomen in het portfolio dat aan het eind van het jaar beoordeeld wordt door de coach.

1.1.2 Impliciet / Expliciet

In dit rapport wordt een onderscheid gemaakt tussen studieonderdelen waarin samenwerken overwegend impliciet onderwezen of getraind wordt en studieonderdelen waarin samenwerken overwegend expliciet onderwezen of getraind wordt. Per studieonderdeel is een indicatie gegeven van het aantal uren dat de studenten met dit onderdeel bezig zijn. Voor de onderdelen waarin samenwerken expliciet onderwezen wordt is vrij eenvoudig aan te geven hoeveel uur dit onderdeel beslaat. Voor de impliciete onderdelen is dat wat lastiger aangezien ook andere vaardigheden getraind worden in deze onderdelen.

1.1.3 Intercollegiaal / Multidisciplinair

Naast het onderscheid impliciet en expliciet wordt ook het onderscheid tussen intercollegiaal en multidisciplinair in dit rapport gehanteerd. Onder intercollegiaal verstaan we de samenwerking tussen mensen uit het zelfde vakgebied en met multidisciplinair wordt de samenwerking tussen verschillende disciplines en verschillende beroepsgroepen bedoeld. De term interdisciplinair wordt in dit rapport niet apart gebruikt maar wordt geschaard onder de term multidisciplinair.

1.2 Decentrale selectie

Tijdens de decentrale selectie worden de kandidaten ook beoordeeld op hun vaardigheden met betrekking tot samenwerken. Elk jaar verandert de inhoud van deze samenwerkingsopdracht. Eén van de opdrachten die de kandidaten in de afgelopen jaren voorgelegd kregen was een sollicitatie. De kandidaten moesten een situatie simuleren waarin ze als huis- en tandartsen op zoek waren naar een nieuwe collega voor hun intercollegiale groepspraktijk. Eerst kregen ze in drietallen informatie over de situatie en over de sollicitant (acteur) die ze later zouden ontmoeten in het sollicitatiegesprek. Tijdens de gehele opdracht werden de studenten geobserveerd door beoordelaars die de kandidaten beoordeelden op wijze van samenwerken. Zo werd er bijvoorbeeld gelet op of een student vaak op de voorgrond trad en of hij ruimte liet voor de inbreng van de andere kandidaten.

→ *Expliciet / Intercollegiaal / 2 uur*

1.3 Jaar 1 Propedeuse

	Onderdeel	Uren
Blok	Geneeskundig proces - basisblok	308
Blok	Fundamenten van de geneeskunde- basisblok	308
Blok	Bouwen aan gezondheid- basisblok	308
Blok	Zorg - basisblok	308
Lijn	Beroepsvoorbereiding I	280
Lijn	Kennisprogressie I	168

1.3.1 Blokken

Tutorgroepen, blok 1.1, 1.3 en 1.4

Over een periode van tien weken hebben de studenten twee keer per week twee uur tutorgroep. Deze tutorsessies worden ingericht volgens het PBL-principe. Op deze wijze leren de studenten al vroeg in de studie om met elkaar samen te werken. In de eerste sessie in de week bespreken ze een casus aan de hand van een plenair college eerder die week. Daarna volgt een brainstormsessie om vervolgens opdrachten te formuleren die tijdens de tweede tutorsessie van die week gepresenteerd moeten worden. Deze opdrachten worden in tweetallen uitgevoerd. In elke sessie vervult één van de studenten de rol van voorzitter en één de rol van notulist.

→ *Impliciet / Intercollegiaal / 40 uur per blok*

Mentorgroep, blok 1.2

In dit blok staat de wetenschap centraal. Het doel is wat anders dan bij de tutorgroepen, maar ook hier worden de studenten geacht op dezelfde manier samen te werken.

→ *Impliciet / Intercollegiaal / 40 uur*

Toetsing

Tijdens de toetsing van blok 1.1 en 1.4 zijn de in tweetallen gemaakte opdrachten de basis voor de mondelinge toets. Elke week worden er vier opdrachten door de tutorgroep uitgevoerd en gepresenteerd. Dus uiteindelijk zijn er 40 opdrachten voltooid. Eén uur voor aanvang van het mondeling krijgen de studenten te horen welke drie opdrachten getoetst worden. De studenten hebben dan nog een uur de tijd om deze opdrachten grondig voor te bereiden. Studenten zijn daarmee afhankelijk van het werk van hun medestudenten voor een succesvolle afloop van het examen. Dit stimuleert hen om tijdens de tutorweken te letten op de kwaliteit van het gepresenteerde werk van medestudenten.

→ *Expliciet / Intercollegiaal / 4 uur*

1.3.2 Beroepsvoorbereiding

In beroepsvoorbereiding I ligt de focus op extramuraal curatief (oriëntatie op patiënt en zorg). Op veel verschillende manieren worden de studenten voorbereid op hun toekomstige beroep. In een aantal van deze onderdelen zit samenwerken impliciet of expliciet verweven.

Professioneel gedrag

Een terugkomend onderdeel van de beroepsvoorbereiding is het reflecteren op het professionele gedrag. Studenten worden elk jaar op meerdere momenten per jaar hierop beoordeeld. In het eerste jaar gebeurt dit aan de hand van een beoordelingsformulier (zie bijlage III) waarvan punt 3 en 4 gaan over samenwerken: *samenwerking in de groep* en *afspraken nakomen*. Op een vijf-puntsschaal worden de studenten beoordeeld door de tutores van de blokken, door de coach van de beroepsvoorbereiding en door één van de verpleegkundigen in de zorgstage. Naast deze zes beoordelingen is elke student verplicht vier medestudenten te vragen om zijn professioneel gedrag te beoordelen. De beoordelingen van medestudenten tellen niet mee in het bepalen van het eindresultaat. Echter, door zelf anderen te beoordelen leren studenten beter op welk gedrag gelet gaat worden. Dit levert daarna betere beoordelingen op.

Door dit onderdeel van de beroepsvoorbereiding leert de student om kritisch te kijken naar hoe hij zich opstelt in het kleinschalige onderwijs. Er wordt gekeken in hoeverre een student in staat is zich volgens een professionele standaard te gedragen en tot een kritische analyse van het eigen gedrag.

Bij aanvang van de studie beschrijven de studenten hoe zij denken over professionaliteit. Halverwege het jaar, wanneer er inmiddels twee beoordelingen van tutores en twee beoordelingen van medestudenten binnen zijn, moet de student een verslag schrijven over zijn professionele gedrag als student en wordt de student geacht te reflecteren op de beoordelingen die hij gekregen heeft. Daarnaast moet de student verbeterpunten formuleren naar aanleiding van de beoordelingen van de tutores en medestudenten. Aan het eind van het jaar moet de student opnieuw een reflectieverslag schrijven waarin ook de overige zes beoordelingen meegenomen moeten worden en waarin hij zijn gedrag over het gehele jaar moet reflecteren. Deze opdrachten vormen samen het onderdeel professioneel gedrag en om Beroepsvoorbereiding te halen moet dit onderdeel met een voldoende worden afgesloten.

→ *Expliciet / Intercollegiaal / 30 uur*

Verpleeghuisstage

Gedurende één dag maken de studenten kennis met het verpleeghuis. Na een kennismaking met de professionals die de studenten die dag begeleiden wordt een rollenspel uitgevoerd waarin een multi disciplinair overleg wordt nagespeeld. Tijdens dit rollenspel krijgt een aantal student rollen van verschillende disciplines toebedeeld, elk met zijn eigen specifieke informatie. In het overleg leren de studenten dat de disciplines gezamenlijk een compleet beeld rondom een patiënt kunnen vormen en dat de informatie van de disciplines afzonderlijk niet volledig is (bijlage II). Na dit rollenspel wordt de groep verdeeld over afdelingen waar een visite volgens het triadische model afgelegd wordt. Tijdens deze visite krijgen de studenten inzicht in de driehoeksverhouding tussen de cliënt/patiënt, verpleegkundige en de arts. De verpleegkundige in de ouderenzorg is vaak de persoon die een probleem constateert bij de patiënt en vervolgens de arts inseint, dit in tegenstelling tot bijvoorbeeld

de huisartsgeneeskunde, waarbij de patiënt zelf een probleem constateert en zelf de huisarts raadpleegt. Tenslotte voeren de studenten in twee- of drietallen een creatieve of sportieve activiteit uit met een aantal bewoners.

→ *Expliciet / Multidisciplinair / 8 uur*

Zorgstage

Elke student loopt twee weken mee met een verpleegkundige of verzorgende op een verpleegafdeling van een ziekenhuis, in een verpleeg- of verzorgingshuis of in de thuiszorg. Tijdens deze stage krijgt de student inzicht in het werk van andere disciplines in de zorg.

→ *Impliciet / Multidisciplinair / 80 uur*

1.4 Jaar 2 Bachelor

	Onderdeel	Uren
Blok	Waarnemen en reageren - studieblok	308
Blok	Bemerken en verwerken - trainingsblok	308
Blok	Regeling en ontregeling - studieblok	308
Blok	Chronisch verlies van functie - trainingsblok	308
Lijn	Beroepsvoorbereiding II	280
Lijn	Kennisprogressie II	168

1.4.1 Blokken

In jaar twee zijn de vier blokken verdeeld in trainingsblokken en studieblokken. In de studieblokken hebben de studenten alleen plenaire colleges en geen kleinschalig onderwijs. Hier komt verder geen samenwerking aan bod. In de trainingsblokken hebben de studenten elke week twee tutorsessies die op dezelfde manier georganiseerd zijn als in het eerste jaar. Er wordt een casus gepresenteerd en de studenten moeten samen een diagnose stellen met behulp van een 'antwoordenboek' waarin een patiëntomschrijving staat. Het is een op de kliniek toegepaste werkwijze waarin de studenten samen naar een oplossing werken.

→ *Impliciet / Intercollegiaal / 40 uur per blok*

1.4.2 Beroepsvoorbereiding

Tijdens Beroepsvoorbereiding II ligt de focus op intramurale uitstroomprofielen snijdend en beschouwend.

Professioneel gedrag

In het tweede en derde jaar wordt er gewerkt met een ander beoordelingsformulier voor professioneel gedrag dan in het eerste jaar (zie bijlage III). Dit beoordelingsformulier kent drie categorieën (gedragsdimensies): *omgaan met werk/taken*, *omgaan met anderen* en *eigen functioneren*. Sectie B van het beoordelingsformulier, *omgaan met anderen*, gaat specifiek over samenwerken. De student krijgt een rapportcijfer over zijn omgang met anderen. Daarnaast wordt de beoordelaar ook geacht in vier subcategorieën (participatie in groepsproces, respect voor groepsleden, samenwerking, 'etcetera') aan te geven op welk niveau de student zit. Hierbij wordt onderscheid gemaakt in drie niveaus. Tenslotte wordt de beoordelaar geacht om positieve opmerkingen en / of verbeterpunten te noteren waar de student mee aan de slag kan. Aan het eind van elk trainingsblok vult de tutor een beoordelingsformulier in met betrekking tot het professionele gedrag van de studenten. Aan het eind van het jaar heeft de student dus twee

beoordelingsformulieren van de tutoeren. Halverwege en aan het eind van het jaar vult ook de coach een beoordelingsformulier in met betrekking tot het professionele gedrag van de student. Daarnaast moeten dit jaar vijf medestudenten een beoordelingsformulier invullen. Aan het eind van het jaar heeft de student dus negen beoordelingen. Net als in het eerste jaar moeten de studenten een reflectie verslag schrijven aan de hand van dit beoordelingsformulier, één keer halverwege het jaar en één keer aan het eind van het jaar.

→ *Expliciet / Intercollegiaal / 30 uur*

Samenwerkingsvaardigheden

In het begin van jaar twee krijgen de studenten een lijst met vaardigheden die betrekking hebben op de drie gedragsdimensies. Per dimensie moeten de studenten twee vaardigheden benoemen die waarin ze zichzelf expert achten en twee vaardigheden waarvoor ze expert-hulp voor ontwikkeling kunnen gebruiken. In de coachgroep bespreken de studenten deze vaardigheden en bekijken ze welke ontwikkelingsbehoefte er is in de groep, wie in bepaalde vaardigheden expert zijn en wie zich daar juist in zouden willen ontwikkelen. Na deze inventarisatie worden studenten gekoppeld waarin de ene student de andere student, in de expert-rol, bevraagd over deze vaardigheid. In het portfolio moeten de studenten opnemen welke vaardigheid uit jaar 1 (zie bijlage IV) ze nog bij gaan werken en wie daarbij mogelijk expert is. Daarnaast beschrijven de studenten concreet welke jaar-2-vaardigheden ze willen ontwikkelen in dit tweede studiejaar.

→ *Expliciet / Intercollegiaal / 4 uur*

1.5 Jaar 3 Bachelor

	Onderdeel	Uren
Blok	Oncologie en trauma - trainingsblok	280
Blok	Acuut verlies van functie- studieblok	280
Blok	Voortplanting en ontwikkeling - trainingsblok	280
Blok	Levensloop- studieblok	280
Lijn	Beroepsvoorbereiding III	252
Lijn	Kennisprogressie III	168
	AVV	140

1.5.1 Blokken

Het blokonderwijs in jaar 3 is vergelijkbaar met jaar 2. Ook in dit jaar zijn er twee studieblokken en twee trainingsblokken. In tegenstelling tot jaar 2 heeft jaar 3 in de trainingsblokken enkelvoudige tutorgroepen, dit houdt in dat de groepen nog maar één keer per week bij elkaar komen.

→ *Impliciet / Intercollegiaal / 20 uur per blok*

1.5.2 Beroepsvoorbereiding

De focus van de lijn beroepsvoorbereiding in jaar 3 ligt op extramuraal preventief arbeid, maatschappij en gezondheid (AMG).

Professioneel gedrag

De beoordeling van het professionele gedrag van de student is in jaar 3 op dezelfde wijze ingericht als in jaar 2. De student ontvangt in het jaar weer negen beoordelingen, twee van de tutoren, twee van de coach en vijf van medestudenten, die als input dienen voor het schrijven van het reflectieverslag.

→ *Expliciet / Intercollegiaal / 30 uur*

Tuchtzaak

In het kader van de beroepsvoorbereiding worden de studenten geacht een tuchtzaak bij te wonen. Tijdens deze tuchtzaak zien de studenten een arts in de knel. Hierdoor krijgen ze het inzicht dat het in het medische vak niet alleen gaat om inhoudelijke kennis, maar ook om het professionele gedrag van een arts. Vaak zijn de problemen te herleiden op miscommunicatie tussen, en onhandigheid van artsen en op minder goede samenwerking in het team. De inhoud van dit onderdeel is natuurlijk deels afhankelijk van de inhoud van de tuchtzaak.

→ *Expliciet / Intercollegiaal / 8 uur*

1.6 M1 Master

	Onderdeel	Uren
Blok	Junior coassistentschap Beweging	280
Blok	Junior coassistentschap Geneeskunde	280
Blok	Junior coassistentschap Heelkunde	280
Blok	Junior coassistentschap Levenscyclus	280
Lijn	Consultvoering	168
Lijn	Professionele ontwikkeling	224
Lijn	Kennisprogressie IV	168

1.6.1 Blokken - Junior coassistentschappen

Het eerste jaar van de master, M1, bestaat uit vier junior coassistentschappen. Elk blok beslaat tien weken: vijf weken training in het klinisch trainingscentrum (KTC) en vijf weken daadwerkelijk in de kliniek. De thema's van deze coassistentschappen zijn Beweging, Geneeskunde, Heelkunde en Levenscyclus.

Tutorgroep

Naast de praktische training in het KTC hebben de studenten elke week twee keer een theoretische verdieping. In een zelfstandige tutorsessie (zonder tutor) worden de studenten geacht vignetten te bespreken en opdrachten uit te voeren. Deze opdrachten worden naar de docent gestuurd die in een interactief college de vragen of opmerkingen van de studenten meeneemt.

→ *Impliciet / Intercollegiaal / 40 uur per blok*

KTC

De vijf weken training in het KTC, voorafgaand aan de periode in de kliniek, zijn gericht op wat er in de kliniek gaat gebeuren. Het is belangrijk dat alle studenten goed voorbereid zijn. Een onvoorbereide student met een minder actieve leerhouding kan het leerproces van de hele groep negatief beïnvloeden. De eerste week is gewijd aan de lijn consultvoering. De overige vier weken van de training hebben elk hun eigen thema, met onderwerpen die gericht zijn op de aansluitende klinische stages. De opbouw van een week is voor vier coassistentschappen hetzelfde.

Iedere eerste week in het KTC staat in het teken van algemene consultvoering. In deze week staat het voeren van een consult centraal ten aanzien van algemene problematiek zoals bijvoorbeeld lage rugpijn, hoofdpijn ed. Na iedere klinische periode komt een student terug in het KTC en in de eerste week blikken de studenten terug op de voorgaande periode en formuleren ze leerpunten voor de komende periode.

De volgende vier weken staan in het teken van consultvoering gericht op de komende klinische stage. Studenten leren hoe ze het anamnese gesprek moeten voeren, ze leren het doen van lichamelijk onderzoek, hoe ze een recept moeten schrijven en hebben aan het einde van de week een compleet consult. Tijdens het lichamelijk onderzoek is een gevoel van vertrouwen erg belangrijk. Ook hier moeten studenten dus goed voorbereid zijn om de medestudent die het lichamelijk onderzoek moet ondergaan een gevoel van veiligheid te geven. Onderling vertrouwen dat de gebeurtenissen tijdens deze week binnenshuis blijven is noodzakelijk. De student is deels afhankelijk van de medestudent met betrekking tot de beoordeling van de vaardigheden, aangezien het lichamelijk onderzoek op een medestudent uitgevoerd wordt. Van te voren weten de studenten niet op wie ze tijdens het examen het onderzoek uit moeten voeren. Tijdens het complete consult aan het eind van iedere week voert één van de studenten een consult uit met een simulatiepatiënt in een spreekkamer. De rest van de studenten en de docent kijken mee via een videoverbinding. Als de student er niet uit komt mag hij bij zijn medestudenten advies gaan vragen, om vervolgens het consult af te ronden. Aan het eind krijgt de student feedback van de docent en de medestudenten op zijn handelen. Elke student moet dit tenminste één keer doen in M1. Deze onderwijssessies worden altijd begeleid door een docent-arts.

In de trainingsweken van M1 hebben de studenten 16 contacturen. Hiervan bestaat 4 uur uit plenaire colleges en 12 uur uit kleinschalig onderwijs.

→ *Impliciet / Intercollegiaal / 192 uur*

Klinische werkconferentie

Elke week in de trainingsperiode van M1 wordt er een klinische werkconferentie georganiseerd. Studenten die in die weken in de kliniek zitten bereiden presentatie voor van een consult met een patiënt dat ze hebben opgenomen in het ziekenhuis. In tweetallen bereiden ze een presentatie voor, waar bij één van de studenten de presentatie houdt en de andere student toelichting geeft over de bekwaamheden die in dit consult naar voren zijn gekomen. Deze presentatie wordt voorbereid en bijgewoond door een medisch specialist van de betreffende kliniek. Elke student moet één keer in M1 een presentatie geven met een medestudent.

→ *Impliciet / Intercollegiaal / 4 uur*

1.6.2 Professionele ontwikkeling

De lijn professionele ontwikkeling is het vervolg van de lijn beroepsvoorbereiding van de bachelor. In de bachelor waren de student en de arts nog twee losse trajecten, maar vanaf M1 komen de arts en de student figuurlijk bij elkaar: de professionele ontwikkeling legt een verbinding tussen datgene wat de coassistent meemaakt op de werkvloer en de lering die hij uit deze ervaringen kan trekken. De studenten worden geholpen bij het ontwikkelen van een eigen professionaliteit en worden voorbereid op intervisie en intercollegiale toetsing. De studenten leren in de intervisie/coachbijeenkomsten met medestudenten om elkaar te steunen en te helpen in lastige situaties. De intervisie gebeurt via een vast patroon, de werkwijze intervisie (zie bijlage V). In de periode in de kliniek vinden deze bijeenkomsten wekelijks plaats en in de periode in het trainingscentrum zijn de bijeenkomsten tweewekelijks. Aangezien de studenten in M1 de klinische stage doorbrengen in het UMCG of in het Martini ziekenhuis komen ze voor de bijeenkomsten op de faculteit. Bij deze sessies wordt van te voren één voorzitter aangewezen die de bijeenkomst leidt. Deze persoon moet goed voorbereid zijn

om de sessie in goede banen te kunnen leiden. In het eerste uur is ruimte voor de studenten om punten te delen met de groep waar ze tegen aan lopen. Ze leren hierdoor elkaar te vertrouwen en zien de meerwaarde van intervisie in. De problemen kunnen uiteenlopen van ethische problemen rond een patiënt tot individuele problemen met begeleiders. Ook samenwerkingsproblemen kunnen aan de orde komen. In het tweede uur van de bijeenkomst worden vastgestelde thema's besproken.

→ *Expliciet / Intercollegiaal / 60 uur*

Ingestort gebouw

Eén van de vooraf vastgestelde thema's voor de intervisiebijeenkomsten is samenwerken. Tijdens één van de sessies die over samenwerken gaat voeren de studenten de opdracht 'ingestort gebouw' uit (bijlage VI), afkomstig uit de cursus Effectief Promoveren. De studenten krijgen de volgende situatie voorgelegd:

Tijdens een bijeenkomst in de bibliotheek met collega's begint het gebouw ineens te schudden. Er blijkt een aardbeving plaats te vinden. Een deel van het gebouw stort in en de uitgang wordt geblokkeerd. Eén van de collega's is lichtgewond geraakt en men vermoedt dat er een gaslek is ontstaan. Na een korte zoektocht hebben de collega's verschillende voorwerpen gevonden. Op basis van deze voorwerpen ontstaan 12 acties die ondernomen kunnen worden. Zeven van deze acties kunnen leiden tot overleven en mogelijk tot redding, de overige vijf acties zouden niet ondernomen moeten worden omdat ze onnodig of schadelijk kunnen zijn.

De studenten moeten naar aanleiding van deze situatieschets eerst voor zichzelf een rangorde maken met de te ondernemen acties, waarbij 1 staat voor de stap die als eerste ondernomen moet worden, 2 is de volgende te zetten stap en de nummers 8-12 staan voor de stappen die vooral niet ondernomen moeten worden. Nadat de studenten individueel deze rangorde hebben aangebracht moeten ze in groepsverband komen tot een overeenstemming in rangorde, die uiteindelijk vergeleken zal worden met de optimale rangorde, zoals vastgesteld door experts. Over het algemeen blijkt de groepsrangorde dichter bij de beste oplossing te zitten dan de individuele rangordes. Studenten krijgen hiermee het inzicht dat samenwerken vaak leidt tot een betere uitkomst dan individueel werken. Maar het kan ook zijn dat één van de studenten met zijn of haar rangorde dichter bij de beste oplossing zat dan de groepsrangorde. In dat geval hebben de studenten tijdens de groepsdiscussie te weinig aandacht besteed aan deze student, of heeft deze student te weinig inbreng gegeven.

→ *Expliciet / Intercollegiaal / 2 uur*

Collegialiteit

Tijdens één van de andere intervisiebijeenkomsten wordt collegialiteit besproken. De studenten gaan de discussie met elkaar aan wat zij verstaan onder collegialiteit. Het is belangrijk tijdens deze bijeenkomst dat studenten begrijpen dat collegialiteit gaat om werkelijke belangstelling tonen, uit eigener beweging hulp en advies aanbieden en om advies of hulp kunnen vragen. Daarnaast gaat het ook om conflicten niet uit de weg gaan, niet toedekken maar bespreekbaar maken van kritische onderwerpen ook waar het eigen functioneren en dat van de collega betreft. Doel van deze bijeenkomst is dat de studenten zich bewust worden van de dilemma's in het professioneel functioneren waar het gaat om collegiaal gedrag en loyaliteit. Hierbij wordt ook stil gestaan bij het gevaar van artsen die elkaar dekken wanneer fouten worden gemaakt.

→ *Expliciet / Intercollegiaal / 2 uur*

1.7 M2 Master

Onderdeel	Uren
Senior coassistentschap Huisartsgeneeskunde	126
Senior coassistentschap Sociale geneeskunde	126
Senior coassistentschap 1 – 8	8x126
Lijn Professionele ontwikkeling	252
Lijn Kennisprogressie V	168

1.7.1 Senior coassistentschappen

In de senior coassistentschappen zijn de studenten de volle periode in de kliniek in één van de acht affiliatieziekenhuizen waar ze alle vaardigheden die geleerd zijn in de praktijk moeten oefenen. Er is geen aanvullende training meer in het KTC maar door de affiliatieziekenhuizen wordt op locatie kleinschalig onderwijs gegeven om bepaalde medische aspecten van de kliniek te bespreken.

In M1 zijn de studenten nog erg gericht op de consultvoering en het goed uitvoeren van deze vaardigheid. Pas vanaf M2 staan ze wat meer open voor de omgeving waarin ze werken.

→ *Impliciet / Multidisciplinair / 1260 uur*

Klinische werkconferentie

Ook in M2 worden klinische werkconferenties georganiseerd zoals dat gebeurt in M1.

→ *Impliciet / Intercollegiaal / 4 uur*

1.7.2 Professionele ontwikkeling

In M2 vinden de intervisie-/coachbijeenkomsten plaats in de verschillende affiliatieziekenhuizen. Eén keer per twee weken komen de studenten in groepen van tien senior coassistenten samen, onder begeleiding van een vaste coach. De samenstelling van de groep zal in de loop van het jaar gedeeltelijk wijzigen doordat op de gekozen instroommomenten van de affiliatie steeds enkele senior coassistenten het tweede jaar zullen afsluiten en de groep verlaten, terwijl nieuwe coassistenten hun plaats zullen innemen. Voor M2 zijn er zes vastgestelde thema's, voor de andere bijeenkomsten mogen de studenten de thema's zelf aandragen. Leidende vragen hierin zijn wat heb je tijdens de stage meegemaakt, wat heb je ervan geleerd en wat neem je mee in je portfolio?

→ *Expliciet / Intercollegiaal / 40 uur*

Adequate samenwerkingsrelaties op de werkvloer

Tijdens één van de intervisie-/coachbijeenkomsten staat multidisciplinair samenwerken centraal. In deze bijeenkomst moet de student in kaart brengen met welke beroepsgroepen hij te maken heeft in de kliniek en hoe deze beroepsgroepen zich ten opzichte van elkaar verhouden. Daarnaast wordt de student ook gevraagd onderliggende relaties te beschrijven en op welke manier mogelijk verstoorde relaties verbeterd zouden kunnen worden. Met deze opdracht krijgt de student inzicht in interdisciplinaire verhoudingen en onderlinge relaties (bijlage VII).

→ *Expliciet / Multidisciplinair / 4 uur*

1.8 M3 Master

Onderdeel		Uren
	Semi-arts stage	756
	Stage wetenschap	756
Lijn	Kennisprogressie VI	168

1.8.1 Semi-arts stage

Het derde jaar van de masteropleiding wordt gekenmerkt door toenemende zelfstandigheid en verantwoordelijkheid van de student. Om dit te bereiken heeft de student een semiarts stage van 20 weken waarin hij onder toezicht en verantwoordelijkheid van een supervisor werkzaamheden uitvoert.

In dit laatste jaar wordt er weinig expliciete aandacht aan samenwerken besteed, maar net als voor M2 geldt ook voor M3 dat de student de vaardigheden die eerdere jaren aangeleerd zijn nu in de praktijk moet brengen. Dus ook samenwerken op de werkvloer zal de student leren door het te doen.

→ *Impliciet / Multidisciplinair / 756 uur*

1.8.2 Professionele ontwikkeling

Voor het eerst tijdens de opleiding wordt beroepsvoorbereiding of professionele ontwikkeling niet als lijnonderwijs aangeboden. Wel moet de student tijdens de semi-arts stage een logboek bijhouden, vergelijkbaar met een portfolio. Eén van de opdrachten in dit logboek is de beoordeling van professioneel gedrag aan de hand van de bekende thema's *omgaan met werk*, *omgaan met anderen* en *omgaan met eigen functioneren*. De student wordt tijdens de semi-arts stage op drie verschillende momenten beoordeeld. In twee van deze gevallen gebeurt dat door de begeleider, één keer in de 14^e week en één keer aan het eind, de 20^e week, van de semi-arts stage. Daarnaast wordt de student in de 7^e week van de stage beoordeeld volgens het 360° feedback systeem. Dit houdt in dat de student in overleg met de begeleider drie personen vraagt hem te beoordelen, die op verschillende wijze direct contact hebben gehad met de student. Dit betreft bijvoorbeeld de patiënten, verpleegkundigen, doktersassistenten, fysiotherapeuten of administratieve ondersteuning. Op deze wijze krijgt de student inzicht in hoe hij overkomt op verschillende personen met wie hij te maken krijgt. De student wordt geacht kort te reflecteren op de verschillende beoordelingen.

→ *Expliciet / Multidisciplinair / 4 uur*

1.9 Schematische samenvatting

Intercollegiaal
Multidisciplinair

1.9.1 Voorafgaand aan de studie

Impliciet / expliciet Jaar	Overwegend impliciet onderwezen / getraind	Overwegend expliciet onderwezen / getraind
0	-	<i>Decentrale selectie (p. 8)</i> Studenten werken in groepsverband aan een casus en worden tijdens dit proces geobserveerd en beoordeeld op de samenwerking (2 uur)

Intercollegiaal: 2 uur

1.9.2 Blokken

Impliciet / expliciet Jaar	Overwegend impliciet onderwezen / getraind	Overwegend expliciet onderwezen / getraind
1	<i>Tutor- en mentorgroep (p. 9)</i> Tijdens sessies is één van de studenten voorzitter en begeleidt groepsproces. Samen formuleren ze opdrachten die in tweetallen uitgevoerd en gepresenteerd worden (160 uur)	<i>Toetsing 1.1 (p. 9)</i> Studenten leren voor de mondelinge toets opdrachten die door medestudenten gemaakt zijn (4 uur)
2	<i>Tutorgroep (p. 12)</i> Idem als jaar 1 (160 uur)	-
3	<i>Tutorgroep (p. 14)</i> Idem als jaar 1 (80 uur)	-
M1	<i>Tutorgroep (p. 15)</i> Idem als jaar 1. Vanaf dit jaar zonder tutorbegeleiding (160 uur) <i>KTC (p. 15)</i> Tijdens trainingsperiode in KTC werken studenten samen aan vaardigheden o.a. door oefenen op elkaar (192 uur) <i>Klinische werkconferenties (p. 16)</i>	-

	Studenten presenteren in tweetalen een opgenomen consult uit de kliniek en bespreken betreffende vaardigheden (4 uur)	
M2	<p><i>Senior co-assistentschappen (p. 18)</i> De student brengt nu in de praktijk wat hij alle jaren geleerd heeft, inclusief samenwerken met andere beroepsgroepen (1260 uur)</p> <p><i>Klinische werkconferenties (p. 18)</i> Idem als jaar M1 (4 uur)</p>	-
M3	<p><i>Semi-arts stage (p. 20)</i> Alle aspecten van samenwerken komen aan de orde in de kliniek. Student krijgt meer verantwoordelijkheid en leert omgaan met collega's en andere beroepsgroep (756 uur)</p>	-

Intercollegiaal: 760 uur

Intercollegiaal: 4 uur

Multidisciplinair: 2016 uur

1.9.3 Lijn Beroepsvoorbereiding / Professionele ontwikkeling

Impliciet / expliciet	Overwegend impliciet onderwezen / getraind	Overwegend expliciet onderwezen / getraind
Jaar		
1	<p><i>Zorgstage (p. 11)</i> Twee weken meelopen met verpleegkundige/verzorgende op verpleegafdeling van ziekenhuis (80 uur)</p>	<p><i>Beoordeling professioneel gedrag (p. 10)</i> Beoordeling van o.a. coach, tutor en medestudenten op samenwerking met anderen en nakomen van afspraken. Studenten moeten reflecteren op beoordeling en verbeterplan schrijven (30 uur)</p> <p><i>Verpleeghuisstage (p.10)</i> Meelopen in verpleeghuis, met medestudent activiteiten uitvoeren met bewoners/patiënten, kennismaking met triadische model en rollenspel waarin multidisciplinair overleg wordt nagespeeld (8 uur)</p>

2	-	<p><i>Beoordeling professioneel gedrag (p. 12)</i> Idem als jaar 1 (30 uur)</p> <p><i>Samenwerkingsvaardigheden (p. 13)</i> Studenten bespreken vaardigheden van samenwerken (4 uur)</p>
3	-	<p><i>Beoordeling professioneel gedrag (p. 14)</i> Idem als jaar 1 (30 uur)</p> <p><i>Tuchtzaak (p. 14)</i> Studenten wonen tuchtzaak bij waardoor ze inzien dat miscommunicatie en minder goede samenwerking oorzaken kunnen zijn van problemen (8 uur)</p>
M1	-	<p><i>Intervisie-/coachbijeenkomsten (p. 16)</i> Studenten bespreken punten met groepsleden waar ze in kliniek tegen aan lopen. Ze leren elkaar te steunen en te helpen in lastige situaties (60 uur)</p> <p><i>Opdracht ingestort gebouw (p. 17)</i> Studenten krijgen inzicht in meerwaarde van samenwerken m.b.v. de opdracht ingestort gebouw (2 uur)</p> <p><i>Collegialiteit (p. 17)</i> Studenten worden bewust van de dilemma's in professioneel functioneren waar het gaat om collegiaal gedrag en loyaliteit (2 uur)</p>
M2	-	<p><i>Intervisie-/coachbijeenkomsten (p. 18)</i> Idem als M1 (40 uur)</p> <p><i>Samenwerkingsrelaties (p. 19)</i> In kaart brengen van relaties en machtsverdeling tussen beroepsgroepen (4 uur)</p>
M3	-	<p><i>Beoordeling professioneel gedrag (p. 20)</i> Volgens 360° feedback systeem (4 uur)</p>

Multidisciplinair: 80 uur

Intercollegiaal: 206 uur

Multidisciplinair: 16 uur

2. Samenwerken in de vervolgopleiding: Obstetrie en Gynaecologie

Om na te gaan in welke vorm en op welke momenten de competentie “samenwerken” aandacht krijgt in de vervolgopleiding Obstetrie en Gynaecologie is gesproken met de opleider professor dr. F.W. Jansen.

2.1 Algemeen

Binnen de zorg leiden diverse ontwikkelingen tot fragmentatie:

- steeds meer artsen werken parttime;
- steeds minder specialisten richten zich op hun vakgebied in de volle breedte. Door de toenemende kennis en mogelijkheden kiezen steeds meer specialisten voor een subspecialisatie of aandachtsgebied;
- steeds vaker worden voor specifieke aandoeningen of ziekten teams geformeerd waarbinnen deskundigen van diverse achtergrond en niveau samenwerken (vaatteam, schizisteam, oncologieteam, et cetera). Deze teams werken meestal intramuraal en in een aantal gevallen transmuraal (samenwerking tussen tweede lijn en eerste lijn).

Deze toenemende fragmentatie dwingt tot meer en beter samenwerken.

Door de toegenomen aandacht voor het opleiden en het loskoppelen van opleiden en medische productie/patiëntenzorg zou er meer tijd moeten zijn voor training van niet medisch inhoudelijke vaardigheden zoals samenwerken, organiseren en professioneel handelen. Toch blijkt dat niet altijd te lukken. Één van de redenen is dat de afgelopen decennia is het aantal uren per week die de aios in het ziekenhuis doorbrengt (aanzienlijk) is afgenomen. Ook worden aios in deeltijd opgeleid.

Voorheen leerde de aios min of meer vanzelf samen te werken door voldoende tijd door te brengen op de verschillende afdelingen waar hij/zij tijdens de opleiding verbleef. Door het teruglopende aantal werkuren is die gelegenheid er minder.

Doordat de aios minder uren in het ziekenhuis doorbrengt kan de continuïteit van de zorgverlening in de knel komen. Bij de voorbespreking van een complexe operatie zijn soms andere aios aanwezig dan bij de nabespreking. Ook de aios merken de spanning tussen het aantal werkuren en het organiseren van het zorgproces in een toenemend complexe omgeving. In een enquête naar knelpunten binnen de opleiding werd door de aios meer aandacht gevraagd voor (training in) time-management.

2.2 NFU voorstel voor de “medisch specialist van straks”

In 2010 heeft de NFU een plan gepresenteerd voor een nieuwe flexibele structuur in de medische vervolgopleidingen⁵. Één van de argumenten om over te gaan tot een nieuwe indeling is dat patiënten, verzekeraars en overheid streven naar een goede integrale zorg zonder merkbare hinder van schotten of grenzen. Steeds meer ziekenhuizen zullen hun zorg indelen in thema's waarbinnen meerdere medische specialismen en de overige zorgdisciplines intensief samenwerken.

In het NFU voorstel wordt de vervolgopleiding ingedeeld in drie blokken van twee jaar en komt er een Master na Master programma van ongeveer 50 onderwijsuren op jaarbasis. Daarin wordt aandacht besteed aan disciplineoverstijgende competenties zoals samenwerken, patiëntveiligheid, communiceren en organiseren. Dat gebeurt door het aanbieden van multi – en interdisciplinaire onderwijsmodules in combinatie met leren op de werkplek. De disciplineoverstijgende competenties worden aangeboden in zowel het basis profiel (de eerste twee jaar) als het specialistisch profiel (jaar drie en vier). Na deze vier jaar kan de arts aan de slag in de specialistische basiszorg. Desgewenst kan de arts (later) besluiten tot een tweejarige verdieping in een subspecialisme of aandachtsgebied.

2.3 Hoe wordt in de opleiding Obstetrie en Gynaecologie aandacht besteed aan “samenwerken”?

Impliciet

Tijdens de opleiding komt de aios in allerlei situaties terecht waar deze *impliciet* kennismaakt met de noodzaak tot goed samenwerken en daarin wordt getraind. *Intercollegiaal* wordt samengewerkt met specialisten van andere disciplines, huisartsen, etc. *Interdisciplinair* wordt samengewerkt met onder andere verpleegkundigen, maatschappelijk werkenden, psychologen, OK assistenten en functielaboranten. Niet alleen wisselt tijdens de opleiding de setting waar de aios werkzaam is (zowel qua ziekenhuis als qua afdelingen) maar ook de personele bezetting rondom de aios.

Vanaf het begin van de opleiding wordt iedere aios gekoppeld aan een staflid die als mentor optreedt. Per opleidingsfase of aandachtsgebied (bijvoorbeeld polikliniek of OK) kan een andere mentor betrokken zijn. De mentor bespreekt regelmatig met de aios wat deze nog wil leren in de opleiding. Wat zijn de doelen en wensen van de aios en hoe ver is deze inmiddels gevorderd met bijbehorende kennis en kunde?

Gemiddeld zijn er zes aios in opleiding binnen de afdeling. Iedere stafvergadering wordt gesproken over de ervaringen met iedere aios afzonderlijk. Indien er minder positieve signalen zijn wordt actie ondernomen via mentor of opleider. Over de te verbeteren competentie en hoe dat te realiseren worden afspraken gemaakt tussen mentor en aios.

⁵ Meininger A., Velkeniers B., Heineman M.J., Borleffs J., Jaspers F., Medisch Contact 2010; 65 nr. 16

'Aan het begin van een weekenddienst werd ik benaderd door de aios met de vraag of ik hem met name wilde coachen en beoordelen op de competenties "samenwerken" en "organiseren". Uit de evaluatie was gebleken dat hij op deze twee rollen tekort schoot. Gedurende het weekend heb ik steeds vanuit deze invalshoek gekeken naar het functioneren van de aios. Het bleek voor hem - maar ook voor mijzelf - een zéér leerzame ervaring.'

Mededeling van een opleider tijdens NVMO congres 2010.

Expliciet

In 2010 zijn de afdelingen Gynaecologie en Verloskunde in het LUMC gestart met het aanbieden van een assessment voor aios in het tweede of derde jaar van de opleiding. Daarbij wordt onder meer onderzocht hoe vaardig de aios is in samenwerken en organiseren.

Eerst wordt samen met de aios geïnventariseerd welke wensen en voornemens deze heeft voor de verdere loopbaan en de implicaties daarvan voor de resterende opleidingsjaren. Vervolgens wordt de aios schriftelijk en mondeling getoetst op de kennis en vaardigheden inzake alle niet-medische Canmeds rollen. Met name de rollen die het meest samenhangen met de geventileerde wensen en voornemens worden onderzocht. Veel aandacht gaat uit naar de vaardigheid met betrekking tot samenwerken en organiseren. Het rapport van de testpsycholoog wordt met de aios besproken en daarna met de aios en diens opleider tezamen.

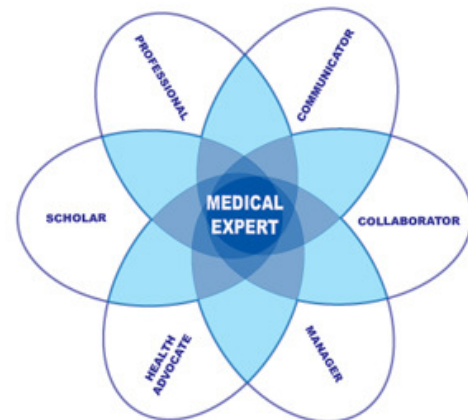
De resultaten en gemaakte afspraken worden door de aios vastgelegd in het Persoonlijk Ontwikkelings Plan (POP). Dit POP dient in de resterende opleidingsjaren als leidraad voor aios en opleider.

Expliciete aandacht voor multidisciplinaire samenwerking gebeurt in de vorm van een speciaal ontwikkelde training waarbij in multidisciplinair verband een noodsituatie in de verloskamer wordt nagebootst.

3. CanMeds in een (internationale) context⁶

3.1 Ontstaan

In het begin van de jaren '90 is het CanMeds initiatief ontstaan door “the Royal College of Physicians and Surgeons of Canada (RCPSC)”. Verschillende determinanten hebben voor deze ontwikkeling gezorgd: het meer “consumenten” van zorg door patiënten, opgelegde overheidsregels en de explosie van de medisch kennis. Het raamwerk van de CanMeds werd gebouwd tussen 1993 en 1996. Nadat met dit raamwerk in 1996 en 1997 geëxperimenteerd is, wordt het vanaf 1997 geïmplementeerd in het “postgraduate” onderwijs. Vanaf 2002 wordt er ook op faculteitsniveau met CanMeds modellen gewerkt. Tijdens de laatste revisie van de CanMeds in 2005 zijn de zeven verschillende modellen geëxpliciteerd om de belangrijkste competenties per rol nog beter weer te geven. Na het succes op Canadees nationaal niveau hebben de CanMeds snel terrein gewonnen in het buitenland. Tegenwoordig zijn de CanMeds modellen niet meer weg te denken bij onderwijsvisionairs (Medicine University of Toronto, 2006 and Royal College of Physicians and Surgeons of Canada, 2011).



3.2 Acceptatie in Canada

In Canada zijn de verschillende CanMeds competenties een gemeengoed geworden in het domein van medische specialisten opleidingen. Volgens de programma directeurs van de verschillende post-graduate opleidingen in Canada wordt op dit moment de meeste aandacht gegeven aan de competenties “Medisch expert” en “Communicator” echter minder aan “Samenwerker” en “Manager”. Een belangrijke uitdaging op dit moment in Canada is de evaluatie van de verschillende competentieprofielen. Hoe toets je of de competentie bereikt is bij de betreffende assistent? De programma directeurs zijn alleen tevreden over de evaluatie methode van de competentie “Medisch expert” (Choe et al., 2008).

Nadat de CanMeds zijn intrede hebben gedaan in het post-graduate onderwijs is inmiddels ook de relevantie van de verschillende competenties aangetoond op het niveau van de initiële opleiding (Kuper et al., 2011). Ondanks het feit dat de CanMeds in alle medische faculteiten in Canada zijn geïntroduceerd (McLeod et al., 2010), wordt ook aangegeven dat ze nog niet voldoende verweven zijn in de verschillende curricula (Kuper et al., 2011). Net zoals in Nederland worden er in Canada moeilijkheden ondervonden met het kwantificeren van prestaties van de nieuwe onderwijsvorm. Daardoor blijft het moeilijk voor onderwijsinnovatie geld aan te trekken (McLeod et al., 2010).

⁶ Het literatuuronderzoek is verricht door dhr Maarten D.H. Vink, medewerker LSJ Medisch Projectbureau.

3.3 Overdracht naar andere continenten

De CanMeds competenties zijn inmiddels ook geïmplementeerd in de specialisten opleidingen in de UK, Nederland, Denemarken, Australië, Nieuw Zeeland, Verenigde Staten (Choe et al., 2008) en andere landen. Assistenten chirurgie uit Canada lopen regelmatig een stage in een low- of middle income country, zoals Uganda, waarbij wordt getracht de stage te verbeteren middels richtlijnen, gebaseerd op het CanMeds model (Goecke et al., 2008). In Europa hebben de CanMeds modellen zelfs de complementaire geneeswijzen bereikt! Het belang van de competentieprofielen wordt door de chiropractors onderschreven. Ze hechten hier evenveel belang aan als een controle groep van geneeskunde studenten (Wangler, 2009).

Toegespitst op Nederland kunnen we stellen dat er zowel op het niveau van de initiële opleiding als het niveau van de post-graduate opleiding veel belangstelling is voor de CanMeds. Een onderzoek onder 80 zesdejaars geneeskunde studenten van het UMCU toont aan dat zijn alle zeven competenties als belangrijk ervaren (Rademakers et al., 2007). Om te kijken in hoeverre klachten van patiënten terug te voeren zijn op de verschillende competentieprofielen heeft de afdeling Anesthesiologie in het VUmc een onderzoek verricht. Aangetoond werd dat de meeste klachten van patiënten bij deze afdeling betrekking hadden op niet-medische competenties. Verzocht werd om meer aandacht te besteden aan deze “overige” zes CanMeds competenties (Koetsier et al., 2011).

Er komen niet alleen positieve geluiden. In Denemarken is 3 ½ jaar na de introductie een onderzoek verricht naar de implementatie van het onderwijs op basis van het CanMeds model. Artsen concluderen dat de impact op de dagelijkse gang van zaken gering is. Om het CanMeds model tot een succes te maken in de specialistenopleidingen dient er voldoende aandacht besteed te worden aan implementatie strategieën (Mortensen et al., 2010).

Bijlagen

Bijlage I - Eindtermen, bekwaamheid communiceren, subcategorie samenwerken

Niveau 1

De student geeft blijk van besef dat voor het functioneren als arts vereist is, dat hij:

- vaardigheden hanteert met betrekking tot overbrengen van informatie, onderhandelen, leiding geven en intercollegiale toetsing
- een collegiale relatie opbouwt waarbij hij er blijk van geeft:
- open te staan voor samenwerking
- deskundigheid van anderen te accepteren
- eigen inbreng en die van anderen te kunnen combineren bij zijn handelen
- in groepsverband kan functioneren
- verschillende rollen binnen het teamverband op zich kan nemen
- bereid is zijn medisch werk door anderen te laten beoordelen / toetsen en dat hij een oordeel kan geven over het medisch werk van anderen
- om kan gaan met positieve en negatieve kritiek
- bereid is op tijd de mening van anderen te vragen

Niveau 2

De student is in staat:

- aan andere hulpverleners via intercollegiale contacten consult te vragen
- een verwijsbrief te schrijven (met duidelijke informatie en een gerichte vraagstelling)
- een brief te schrijven met verzoek om informatie

Niveau 3

De arts geeft blijk van besef dat voor het functioneren als arts vereist is, dat hij:

- eigen taken kan afbakenen ten opzichte van die van andere medische disciplines en verpleegkundige en paramedische professies

Bijlage II - Casus voor MDO verpleeghuisstage

Mw. 74 jaar

CVA linker hemisfeer → rechter hemibeeld.

Opname sinds 6 maanden, Communicatie problemen zijn dermate groot dat zij de indruk is dat zij twijfelt om verder te willen leven. Daarnaast heeft zij ook andere lichamelijke problemen. Maar ook hierover kan niet precies worden vastgesteld door de afasie en andere communicatie problemen hoe zij er precies in staat.

Rollen:

- Zorgkundige/ EVV'er
- Maatschappelijkwerker
- Fysiotherapeut
- Arts
- Ergotherapeut
- Logopedist
- Psycholoog
- Activiteiten begeleider

EVV'er

Mw. heeft veel hulp nodig bij wassen en aankleden, toilet gang, transfers gaan met de stalift.

Wij kunnen geen hoogte krijgen of zij wil oefenen zodat ze misschien minder afhankelijk wordt.

Er zijn vaak momenten dat het totaal niet duidelijk is wat mw. wil en wij kunnen haar niet duidelijk maken als wij iets op een andere manier willen doen of dat we iets gaan doen. Wij proberen door gewoon te beginnen haar duidelijk te maken wat we willen. Er zijn vaak momenten waarop zij boos en opstandig en/of verdrietig is.

Voorbeeld; wij denken dat het leuk en goed is als zij mee gaat met een tochtje. Wij willen het uitleggen, maar dat gaat niet. Dan nemen we haar mee en dan lijkt zij boos omdat ze het niet wil of niet weet wat er gebeurt, wij krijgen er geen hoogte van en weten niet hoe het verder moet

MW

Mw. heeft een codicil en een euthanasie verklaring waarbij haar huidige situatie lijkt te voldoen aan een reden voor haar om euthanasie te willen; wat gaan we hier mee doen. Ik heb het er moeilijk mee als ik er aan denken dat ze dit helemaal niet wil, maar hoe kunnen we duidelijk krijgen of ze nu euthanasie wil en hoezeer lijdt zij momenteel.

Fysio

Ik oefen drie keer in de week, ik vind dat het vaker moet om goede verbetering te kunnen krijgen van haar stafunctie, maar zij geeft mij de indruk dat ze helemaal niet wil oefenen. Het is bijna iedere keer een sombere toestand, haar motiveren is door haar afasie voor mij niet voldoende mogelijk, dwz ik kan haar niet uitleggen wat ik wil bereiken met haar. Oefenen is haast een groot woord voor wat zij doet en er is (waarschijnlijk daardoor) geen vooruitgang.

Arts

Lichamelijk is zij nu redelijk stabiel, duidelijk hemibeeld zoals we allemaal weten, maar psychisch maakt zij op mij een geknakte indruk. Maar ik heb net als iedereen dermate communicatie problemen, dat ik mij verlaat op haar codicil waarin zij aangeeft dat zij geen medische behandeling wil, wanneer zij in een zeer afhankelijke positie raakt haar zelfzorg en zelfredzaamheid betreffende. Maar ik vind het erg moeilijk omdat alleen van een papiertje te doen terwijl zij wel bij bewust zijn is. Hoe kan ik het haar vragen en hoe krijg ik een antwoord, en hoe weet ik dat wij elkaar goed begrepen hebben.

Ergotherapeut

Ik ben eerst met oefenen gestopt en wil nu overleggen, wat nu verder. Mw. zit in een “doodlopende straat” heb ik het idee. Het is niet het oefenen (dat gaat wel ongeveer net als bij andere CVA patiënten dwz haar mogelijkheden, vergeleken met / in verhouding tot, haar lichamelijke beperking), maar de motivatie om te oefenen waaraan ik denk dat het ligt.

Logopedist

Haar afasie is zeer ernstig, maar dat hoeft ik jullie niet meer te vertellen. Ik heb sinds ongeveer een week de indruk dat zij mij iets duidelijk wil maken, zonder direct er de brui aan te geven. Daarom oefen ik met eenvoudige pictogrammen en noem de naam van de picto en voor haar mogelijk herkenbare situaties. Na een kwartier oefenen verlies ik het contact. Ik wil dus nog wel met haar blijven oefenen.

Psycholoog

Zij is niet op de normale wijze testbaar. De indruk die zij maakt lijkt mij het best omschreven als dysfoor / ontstemd, als ik haar bezoek. Ik vraag mij af wat we haar kunnen bieden in deze. Ik hoor dat er dus mogelijk iets begint te veranderen.

AB

Als zij aanwezig is en dat is niet vaak. (De reden voor haar afwezigheid is meestal dat ze nog niet klaar is of geen zin heeft). Doet alleen mee wanneer we met de ballon over de tafel aan het naar elkaar toe tikken zijn, dan lijkt zij ook wel positief gestemd. Ze slaat wel eens mis en ik weet niet of zij bewust naar iemand toespeelt. Haar rechter gezichtsveld verwaarloost zij mogelijk wat. Verder doet ze eigenlijk met niets mee. Ik ga wat mij betreft wel door, maar wat zal ik doen m.b.t. variatie in de activiteiten. Weet iemand of en wat zij vroeger voor sport heeft gedaan?

Bijlage III - Beoordelingsformulier professioneel gedrag

Jaar 1

Beoordelingsformulier professioneel studentgedrag in de tutorgroep

Naam student: Tutorgroep nr. + rangorde nr.:

Naam tutor: Handtekening tutor:

Instructie: Kruis per item op de 5-puntsschaal aan waar de student zich bevindt Noteer onder elk item wat de student goed doet en wat beter kan. Denk hierbij aan de regels van adequaat feedback geven (herkenbaar, toepasbaar en veilig). Sluit af met een globaal eindoordeel en licht dit toe.

1. Voorbereiding

<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
Heeft taken/opdrachten niet of minimaal voorbereid		Heeft werk adequaat voorbereid, voldoet aan de eisen van de taak/opdracht		Heeft werk prima voorbereid, gebruikt meerdere bronnen + uitmuntend inzicht

2. Omgaan met verantwoordelijkheden/rollen

<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
Vermijdt verantwoordelijkheid voor taken en rollen		Voelt en neemt verantwoordelijkheid voor taken en rollen		Neemt uitmuntende verantwoordelijkheid voor taken en rollen

3. Samenwerking in de groep

<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
Is passief, brengt niets in tijdens bijeenkomst of is te dominant aanwezig		Is inhoudelijk voldoende betrokken bij groepsproces, stelt nu en dan vragen		Moedigt anderen aan in tijdens groepsproces, stelt relevante vragen, argumenteert, is kritisch

4. Afspraken nakomen

<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
Komt gemaakte afspraken niet na of is ze vergeten		Is betrouwbaar qua afspraken		Lost eventuele adequaat op, zoek creatieve oplossingen

5. Omgaan met feedback

<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
Vindt feedback overbodig, reageert defensief, gaat constant in discussie		Toont begrip voor verkregen feedback		Weet feedback op waarde te schatten, vraagt door over verkregen feedback

6. Zelfkennis

<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
Vertoont geen zelfinzicht, over-/onderschat zichzelf voortdurend		Heeft voldoende inzicht in eigen zwakke en sterke punten		Heeft uitstekend inzicht in eigen gedrag en effect daarvan op anderen

GLBAAL EINDOORDEEL

<input type="checkbox"/> 1 Onvoldoende	<input type="checkbox"/> 2 Onder gemiddeld	<input type="checkbox"/> 3 Gemiddeld	<input type="checkbox"/> 4 Boven gemiddeld	<input type="checkbox"/> 5 Uitmuntend

Beoordelingsformulier studentgedrag in de tutorgroep

(zie voor invulinstructie beoordelingsformulier ommezijde)

TUTOREXEMPLAAR BLOK 3.1 2006 - 2007

Naam student:

Tutorgroep nr & rangordenummer binnen groep (zie Nestor):

.

Naam tutor:

Handtekening tutor:

Gedragdimensie	Positieve punten en verbeterpunten	Gemiddeld niveau	Cijfer
A Omgaan met werk/taken	Positief: a) _____ b) _____ _____ Verbeterpunten: a) _____ b) _____ _____	7	
B Omgaan met anderen	Positief: a) _____ b) _____ _____ Verbeterpunten: a) _____ b) _____ _____	7	
C Eigen functioneren	Positief: a) _____ b) _____ _____ Verbeterpunten: a) _____ b) _____ _____	7	

Beoordelingsinstructie

Lees eerst onderstaande toelichting bij de dimensies. Noteer dan per gedragsdimensies (omgaan met werk, omgaan met anderen en omgaan met eigen functioneren) 2 positieve punten en 2 verbeterpunten. Gebruik daarbij eventueel onderstaande aandachtspunten als richtlijn. Geef vervolgens per dimensie een schoolcijfer. Ga er bij de beoordeling van uit dat de gemiddelde student adequaat functioneert en een 7 scoort.

Toelichting

<p>A Omgaan met werk / taken</p> <p><i>Aandachtspunten:</i></p> <ul style="list-style-type: none">▪ <u>voorbereiding</u> heeft taken goed voorbereid: studiestof bestudeerd, opdrachten uitgewerkt etc.▪ <u>participatie (inzet in de groep)</u> is inhoudelijk betrokken, denkt mee, stelt vragen, geeft argumenten, is kritisch▪ <u>rol vervullen / verantwoordelijkheden nemen</u> voldoet aan verplichtingen die bij rol horen, noteert / maakt afspraken▪ <u>rapportage opdrachten</u><ul style="list-style-type: none">➢ <u>inhoud</u> - alle aspecten verwerkt; geeft adequate informatie➢ <u>vorm</u> - duidelijke structuur, goed / effectief gebruik audiovisuele middelen, geeft uitleg in eigen woorden, beantwoordt vragen
<p>B Omgaan met anderen</p> <p><i>Aandachtspunten:</i></p> <ul style="list-style-type: none">▪ <u>aanwezigheid</u> is voldoende aanwezig, en heeft ingeval van afwezigheid naar behoren afspraken gemaakt▪ <u>afspraken nakomen en op tijd komen</u> is betrouwbaar wat afspraken betreft, komt afspraken na die in de groep zijn gemaakt, komt op tijd bij groepsactiviteiten, meldt zich indien verhinderd, tijdig af▪ <u>samenwerking</u> doet mee, vertoont geen storend gedrag▪ <u>actief luisteren</u> luistert naar anderen, laat anderen uitspreken, sluit aan bij datgene wat is gezegd, geeft ruimte aan anderen▪ <u>wijze van communiceren</u> communiqueert op opbouwende manier met anderen, laat waarde gesprekspartner intact▪ <u>op juiste manier feedback geven</u> feedback is concreet, toepasbaar, veilig / opbouwend en niet aanvallend en wordt volgens feedbackregels gegeven (eerst positief, dan verbeterpunten, met concretisering aan de hand van concrete voorbeelden van gedrag)
<p>C Omgaan met eigen functioneren</p> <p><i>Aandachtspunten:</i></p> <ul style="list-style-type: none">▪ <u>kritische reflectie op eigen functioneren</u> student kijkt kritisch naar eigen functioneren, heeft reëel zelfbeeld, is goed in staat eigen sterke en zwakke punten te benoemen▪ <u>open staan voor feedback van anderen</u> student staat open voor / toont begrip voor feedback van medestudenten / tutor▪ <u>zelfontwikkeling</u> student probeert eigen functioneren te verbeteren, bv. Door vergelijking met vorige beoordelingen

N.B 1 Maak duidelijk onderscheid tussen de drie gedragsdimensies: *omgang met werk*, *omgang met anderen* en *omgaan met eigen functioneren*. Bij de eerste gedragsdimensie gaat het voornamelijk om taakgericht gedrag en de inhoud van het werk, bij de tweede gedragsdimensie gaat het vooral om de manier waarop men met anderen omgaat tijdens het uitvoeren van taken, dus om sociaal gedrag. Hierbij kan ook (te veel) absentie worden mee genomen. De derde gedragsdimensie betreft onder andere zelfkennis en persoonlijke ontwikkeling.

Bijlage IV - Selectie kaarten vaardigheidenspel (P.Gerrickens)

Sectie B: Omgaan met anderen

Jaar 1:

- Non-verbale communicatie effectief gebruiken
- Interesse tonen voor meningen of ideeën van anderen
- Omgaan met verschillen tussen mensen
- Een ontspannen sfeer scheppen
- Anderen aanmoedigen
- Leiding accepteren
- Het goede voorbeeld geven
- Anderen helpen
- Opbouwende kritiek geven
- Complimenten geven
- Vragen om hulp, advies of feedback
- Anderen aanspreken op hun verantwoordelijkheden
- Afspraken of beloftes nakomen
- Anderen bij beslissingen betrekken

Jaar 2:

- Actief luisteren
- Non-verbale signalen opmerken
- Helder formuleren
- Samenvatten
- Gerichtte vragen stellen
- De lijn van een gesprek vasthouden
- Afspraken maken
- Een bijdrage leveren in een groep
- Interesse tonen in gevoelens van anderen
- Ingaan op vragen van anderen

Bijlage V - Werkwijze Intervisie

Intervisie moet u zien als een vorm van leren: door op een gestructureerde wijze met een groep medestudenten problemen aan te pakken, werkt u efficiënt aan het verbeteren van uw eigen effectiviteit.

Jeroen Hendriksen (2004) omschrijft intervisie als volgt:

- Collegiale ondersteuning
- en onderlinge advisering bij werkproblemen
- in een leergroep bestaande uit gelijken
- die binnen een gezamenlijk vastgestelde structuur
- tot oplossingen en inzichten tracht te komen
- in een zelfsturend en op reflectie gericht leerproces.

Basisstructuur

Een intervisiebijeenkomst wordt meestal gestructureerd met een bepaalde methode. Vooral in het begin is het handig om wat houvast te hebben. Er zijn verschillende methodieken; de basisstructuur is echter als volgt (naar Hendriksen 2004):

1. *Inventarisatie*: Bijpraten, terugblik (wat is er gebeurd met de adviezen van de vorige keer), en wat is er in de tussentijd gebeurd? Vervolgens wordt het onderwerp van de bijeenkomst vastgesteld.
2. *Analyse*: Door informatieve vragen te stellen aan degene die een bespreekpunt inbrengt, krijgt iedereen helderheid over de situatie en de vraag die speelt.
3. *Bewustwording*: Door de analyse blijkt vaak dat het bespreekpunt of de vraag anders geformuleerd moet worden – eigenlijk draait het om een ander onderwerp of om andere aspecten dan aanvankelijk gedacht.
4. *Advies*: Het is nu aan de groepsleden om adviezen te geven over hoe zij om zouden gaan met het bespreekpunt. De probleeminbrenger vat samen, maakt een keuze en geeft aan wat zij zal gaan doen.
5. *Gelijksoortige ervaringen van anderen*: Vaak hebben groepsleden zelf ook ervaringen met het ingebrachte punt. Deze kunnen nu worden ingebracht en besproken.
6. *Evaluatie*: Tot slot evalueert de groep de bijeenkomsten. Hoe ging het, wat heeft het opgeleverd en hoe gaan we het de volgende keer aanpakken?

Varianten

Er zijn vele verschillende methodieken die u toe kunt passen als u gewend bent geraakt aan bovenstaande structuur.

Bijlage VI - Het ingestorte gebouw

Deze opdracht is afkomstig uit de cursus *Effectief Promoveren*

DE SITUATIE

Maandag, 27 juni, 16.30 uur 1980

Je bent samen met een paar collega's bezig met het voorbereiden van een presentatie voor morgenochtend. Jullie zijn in de bibliotheek, die zich in de kelder van een kantoorgebouw van 10 verdiepingen bevindt.

"Help, wat gebeurt er?"

"Ik kan niet overeind komen."

"Ik denk dat het een aardbeving is! Kijk uit voor de boeken, zoek bescherming, ga onder de tafel zitten!"

"Oh nee, het licht gaat uit!"

Het gebouw begint heftig te schudden en houdt daar dan op. Er heerst een dodelijke stilte, alleen het gebouw geeft een langzaam krakend geluid. Jullie komen bij je positieven en nemen de schade in ogenschouw.

"Is iedereen OK?"

"Ik denk het wel, maar mijn arm doet pijn."

"Ik heb een snee in mijn been. Eén van die grote naslagwerken raakte me.."

"Moet je kijken, is dat de zuil die in de hoek stond die daar nu ligt?"

"Ja, dat is 'm. Ik vraag me af hoe erg de rest van het gebouw beschadigd is?"

"Hoe kunnen we iets zien in het donker?"

"Daar uit die scheur in de muur vlakbij de boiler komt wat licht. Ik ga even kijken."

"Hou op over de schade, laten we hier zo snel mogelijk uit zien te komen voor het gebouw instort!"

"Volgens mij ruik ik gas. Ruiken jullie het ook?"

"Horen jullie een sissend geluid?"

"Ik weet niet of dat geluid sissen is of dat het gebouw beweegt."

"Zeg, we kunnen nergens heen. De trappen naar het souterrain zijn volledig geblokkeerd. Het is een en al beton om ons heen."

"We moeten hieruit! Straks stort het hele gebouw in!"

"Rustig, iedereen, rustig. We moeten eerst gaan zoeken naar een andere uitgang. Hoe staat het met de lift?"

“Nee, de liftschacht zit helemaal vol met troep. Ik voel wel ergens iets tochten, maar ik kan niets door al dat puin heen zien.”

“Kunnen we op de boiler klimmen en dan door die spleet in de muur klimmen? De boiler lijkt me in orde.”

“Vergeet het maar. Daar kan alleen een klein dier doorheen.”

“Ik zal even de telefoonlijn checken. Misschien kunnen we om hulp vragen. De telefoonlijnen zijn niet altijd beschadigd... Nou, vergeet het maar. De lijnen zijn dood.”

“Jij hebt duidelijk nog niet een zware aardbeving meegemaakt. Er is meestal wel meer beschadigd dan alleen telefoonlijnen.”

“Hoe weet je dat het een zware was?”

“Hij duurde langer en het schudde langer dan meestal het geval is.”

“Zo, jij bent dus een autoriteit op het gebied van aardbevingen?”

“Jongens, stop met dat geruzie en kom hier. Ik heb een radio gevonden. Laten we naar het nieuws luisteren.”

We onderbreken deze uitzending voor een speciale mededeling...

Er heeft een zware aardbeving plaatsgevonden. Om 17.30 uur lokale tijd werden San Francisco en het omliggende gebied door een beving getroffen die volgens experts 7.5 meet op de schaal van Richter. Aangenomen wordt dat dit een van de ergste aardbevingen is die dit gebied in tientallen jaren getroffen heeft. Voorlopige schattingen geven aan dat de beving ongeveer 40 minuten duurde en dat het gevaar mogelijk nog niet geweken is. Er kunnen meer bevingen komen. De telefoonlijnen zijn dood. Er zijn problemen met electriciteit en in en rond San Francisco zijn diverse branden uitgebroken. Gasexplosies en waterlekken komen door de hele stad voor. Veel gebouwen in het centrum lijken zwaar beschadigd te zijn. Autoriteiten zeggen dat ze mogelijk gedwongen zijn alle leidingen af te sluiten om verdere branden te voorkomen. De meeste straten in San Francisco zijn bedekt met puin. Overal staan achtergelaten auto's. Luchtverkeer van en naar San Francisco International Airport is niet waargenomen. Onofficieel zou de burgemeester gezegd hebben dat het 72 uur of meer kan duren voordat de herstelteams is staat zijn communicatielijnen en gas, electra en watertoevoer te herstellen. De burgemeester verzoekt burgers de straten te mijden, behalve in noodgevallen en er op voorbereid te zijn dat ze een paar dagen op zichzelf moeten doorbrengen. *Stay tuned for more updates...*

“Dat klinkt slecht.”

“Ik vraag me af hoe lang het duurt voordat iemand ons vindt? Oh nee, de naschokken beginnen!”

Tien minuten na de eerste beving, vindt een heftige naschok plaats. Het souterrain raakt nog voller met puin en stof.

“Hoe kunnen we dit ooit overleven? Ik word er niet vrolijk van om met deze naschokken in dit souterrain te zitten.”

“Ze weten tenminste dat er schade is aan gebouwen in het centrum. Misschien gaan ze ons meteen zoeken.”

“Ik weet het niet. Met al die naschokken kan het wel een tijdje duren voor ze ons hier uit kunnen graven.”

“Je weet het maar nooit. Misschien moeten we hier een tijd blijven, misschien vinden ze ons snel; we moeten het beste er maar van maken. Is er iemand die iets gevonden heeft waarmee we wat om ons heen kunnen kijken?”

“Ik heb een zaklantaarn gevonden. Laten we een inventaris maken van wat we hebben.”

Na een zoektocht door de rotzooi heb je het volgende gevonden:

- ❖ Een radio op batterijen die het doet
- ❖ Twee kaarsen
- ❖ Schoonmaakspullen: emmer, mop, bleekwater, ruitenreiniger, schroevendraaier, baco en huishoudhandschoenen
- ❖ Een eerste hulp doos: pleisters, verband, antiseptisch middel en aspirine
- ❖ Pakje lucifers
- ❖ Een koffieautomaat, een halve pot koffie, en drie pakken koffie.
- ❖ Een zaklantaarn met extra batterijen
- ❖ Vier overgebleven sandwiches met kipsalade in de koelkast en twee zakken chips
- ❖ Drie volle bakken met ijsblokjes in de vriezer
- ❖ Zes blikjes cola

ACTIESTAPPEN

Er zijn **zeven acties** die je zou moeten ondernemen om er voor te zorgen dat je overleeft en gered wordt en **vijf acties** die je juist niet zou moeten ondernemen omdat ze ofwel onnodig zijn of wel schadelijk. Beslis welke 7 van de acties op bijgevoegde lijst je zou ondernemen, waarbij je een ‘1’ geeft aan de stap die je als eerste zet, een ‘2’ bij je tweede stap, enzovoort (1-7). Ga dan door met de vijf overblijvende stappen die je niet wilt zetten, en nummer ze 8-12. Daarbij is ‘12’ gereserveerd voor de meest gevaarlijke stap, 11 voor een iets minder gevaarlijke enzovoorts.

Oefening Aardbeving

1. Individuele activiteit – 15 minuten

Inleiding:

- Deze oefening gaat over samenwerken en onderhandelen in teams. Hoe effectief ben je als individu en wat wordt er met jouw bijdrage aan het team gedaan?
- De oefening is gebaseerd op research op het gebied van aardbevingen in Californië.
- De gebeurtenissen in deze oefening lijken dan ook erg op omstandigheden zoals die zich bij aardbevingen voordoen.
- Je hebt geen kennis of ervaring op het gebied van aardbevingen nodig om aan deze oefening mee te doen.
- De oefening bestaat uit verschillende stappen. Ten eerste delen we nu de situatieschets uit en een scoreformulier. Lees deze goed door en vul daarna jouw actiestappen in op het formulier bij A (evt op bord zetten: 1 bij de actie die je het eerst zou ondernemen, 12 bij de meest schadelijke actie).

- Doe dit voor jezelf en overleg niet met anderen!
- Je hebt voor doorlezen en invullen maximaal 15 minuten de tijd.

2. Groepsactiviteit – 30 minuten

Als iedereen zijn individuele rangorde heeft ingevuld, worden de deelnemers in groepen van ongeveer 6 personen verdeeld.

Uitleg:

- We hebben jullie nu in teams verdeeld. De bedoeling is dat jullie nu als team tot consensus komen over de volgorde van de actiestappen. Je hebt daarvoor straks 30 minuten de tijd. Je teamscore zet iedereen op zijn eigen papier bij D: teamwerk.

Ondertussen op bord of flap schema maken met ruimte voor de expertscore:

Expert

Puin weghalen

Sandwiches rantsoeneren

Kaarsen opsteken

Water opsporen

Sandwiches opeten

Strategie bespreken

Op buizen slaan

Radio-luisteraar

Eerste hulp verlenen

Voorzieningen afsluiten

Signaaltechnieken

Watervoorraad zuiveren

Maak ook alvast een flapvel met de scoringsinstructies:

1. Vul de expertscore in (B en E).
2. Bereken **C** = verschil tussen A en B, dus altijd positief (het maakt niet uit of je bijvoorbeeld bij A 1 hebt en bij B 4 of omgekeerd, het gaat om het verschil en dat is in dit geval 3). Bereken vervolgens **C totaal** (= kolom C optellen).
3. Bereken **F** = verschil tussen D en E. Bereken **F totaal** (= kolom F optellen).
4. Bereken van je groep de **gemiddelde individuele score**: tel alle individuele scores op en deel ze door het aantal groepsleden. Voor de wetenschappers: $(c_1 + c_2 + \dots + c_n)/n$.

3. Presenteren expertoplossing – 15 minuten

Na 30 minuten presenteer je de 'expert' oplossing (zie file 'aardbevingoplossing') en neemt elke stap kort door. Dit duurt ongeveer 15 minuten, discussie niet te lang laten gaan, doel is immers om het teamwork te bespreken. Vraag de groep om de expertscore twee keer in hun papier te zetten: bij B en bij E.

4. Scoring – 15 minuten

Vraag de groep vervolgens het formulier verder in te vullen aan de hand van het flapvel:

C is het verschil tussen A en B en altijd positief. Tel de getallen bij C op: individuele score.

F is het verschil tussen D en E en ook altijd positief. Tel de getallen bij F op: teamscore.

Bereken als groep ook de gemiddelde individuele score. Tel alle individuele scores op en deel ze door het aantal groepsleden.

Maak ondertussen een schema met daarin de verschillende teams en per team de teamtotaalscore (F totaal), de gemiddelde individuele score en eventueel de synergiescore = gemiddelde individuele score – teamscore (positief getal duidt op synergie, negatief getal op het gebrek eraan). Je kunt ook zonder een synergiescore werken: een teamtotaalscore die bijvoorbeeld lager is dan de gemiddelde individuele score geeft aan dat de groep het individu winst opgeleverd heeft.

Vraag elk team deze kolommen in te vullen of doe dat zelf.

Leg uit:

- Als een team een positieve synergiescore heeft geeft dat aan dat het team effectief samengewerkt heeft om een betere teamscore te krijgen (hoe groter het getal, hoe meer winst ze uit de samenwerking als groep gehaald hebben).
- Als er mensen in de groep zijn met een betere, dus lagere individuele score dan de teamscore, dan betekent dat dat deze persoon zijn informatie/gedachtengang niet met de groep deelde en/of niet aan de groepsdiscussie bijdroeg of dat er niet naar hem/haar geluisterd werd: de 'Cassandra's'. Checken per groep of dat het geval was, eventueel op de flap erbij zetten.
- Als een team niet zo goed samenwerkt zijn er vaak meer personen die een betere individuele score hebben dan de teamscore.

5. Bespreken team proces – 15 minuten

Per team bespreken:

Wat viel jullie op m.b.t. onderhandelen en samenwerken?

Was dat effectief?

Wat zou je een volgende keer veranderen in:

- de wijze waarop jullie samenwerkten
- de wijze waarop jullie beslissingen namen

Hoe kan een team er voor zorgen dat iedereen deelneemt?

Bij de nabespreking kan onder andere aan de orde komen:

- Onderhandelen: waar zit mijn bottom line, waar wil ik niet op toegeven: breekpunt. In deze oefening kan dat bijvoorbeeld gaan om de eerste en laatste punten van de lijst. Als je onderhandelingspunt en breekpunt hetzelfde zijn heb je geen wisselgeld! Relateren aan werksituaties.
- Onderscheid tussen overtuigen versus het uitwisselen van informatie: ga eerst onderzoeken en verkennen: waar komt dit standpunt vandaan? Bijvoorbeeld: iemand wil kaarsen aansteken (punt 12): waarom wil je dat? Want het is levensgevaarlijk. Als iemand licht blijkt te willen, kan daarvoor de zaklamp gebruikt worden. Relateren aan strategische situaties. Eventueel het Bona principe behandelen: ijskoud de zachtste.
- Groepen die het heel snel eens waren, maar niet zo'n goede score hebben: dit lijkt gemakkelijk, was waarschijnlijk gezellig, als je meer diversiteit in de groep hebt, duurt het langer, maar als je de moeite neemt om echt naar elkaar te luisteren, kan het resultaat beter zijn.
- Goed samenwerken is ook goed onderhandelen!

Synergie:

Er is sprake van synergie als een team door samen te werken oplossingen produceert die beter zijn dan individuele oplossingen.

Succesvolle teams erkennen dat:

- Verschillende mensen verschillende gezichtspunten hebben die tot andere interpretaties leiden
 - Dat het waardevol is dat mensen verschillende rollen hebben.
 - Dat het waarderen van verschillen tussen teamleden betekent dat je daarvoor open moet staan.
- Succesvolle teams realiseren zich ook dat proces en produkt waardevol zijn: effort=results

Wat zijn goede basiscondities?

- Iedereen begrijpt het doel van het team
- Iedereen begrijpt het bredere perspectief waar de teamtaak in past
- Iedereen luistert naar elkaar
- Iedereen neemt deel
- Er is 'healthy disagreement'
- Beslissing worden vaak middels consensus genomen
- De leider van het team domineert niet, maar faciliteert
- Ieder teamlid zorgt dat hij/zij weet wat zijn rol/taak is in het team
- Teamleden zijn assertief over hun recht om deel te nemen
- De atmosfeer is comfortabel en relaxed
- Het team is resultaatgericht

Bijlage VII - Adequate samenwerkingsrelaties op de werkvloer

1. Inleiding

Samenwerking is het derde domein van de bekwaamheid communiceren. Een essentiële eindterm van dit domein is dat een aspirant arts beseft dat het belangrijk is dat hij/zij eigen taken kan afbakenen ten opzichte van die van andere medische disciplines en verpleegkundige en paramedische beroepen. Dit thema spitst zich toe tot adequate samenwerkingsrelaties op de werkvloer. Het gaat dus om de samenwerking tussen co-assistent en arts en verpleegkundige en nurse practitioner en eventueel een fysiotherapeut, een logopedist, een maatschappelijk werker, een psycholoog en nog veel meer.

2. Uitvoering

1. Maak een lijst van alle beroepsgroepen die *op de afdeling waar u werkt als co-assistent*, patiëntcontacten hebben en waarmee samenwerking dus *noodzakelijk* is. Elke beroepsgroep staat natuurlijk in relatie tot elke andere.
2. Beschrijf de taakverdeling qua werkzaamheden en qua verantwoordelijkheden tussen die verschillende beroepsgroepen en geef commentaar op hoe de contacten over patiënten in het algemeen verlopen.
3. Beschrijf ook de formele relaties (Maatschap? Werknemerschap?)
4. Beschrijf in algemene termen de invloed van persoonlijke dan wel de formele dan wel de professionele aspecten van de taakverdeling. (Bijvoorbeeld: op persoonlijk niveau gaat het slecht maar professioneel wel goed. Of: professioneel is het onduidelijk maar formeel glashelder)
5. Ga vervolgens na in hoeverre die taakverdeling met 'bekwaamheden' te maken heeft. De meeste beroepsgroepen hebben immers vergelijkbare of gelijke 'bekwaamheden' als de arts; ook een 7-tal. Of niet?
6. Selecteer dan een of twee 'moeilijke' professionele samenwerkingsrelaties op de afdeling die ten aanzien van 3 en 4 verschillen. Overweeg hierbij wie welke verantwoordelijkheid heeft voor een verbetering van de situatie.
7. Ga na welk onderzoek naar dit soort samenwerkingsrelaties is gedaan en welke aanbevelingen elders al dan niet werkzaam zijn gebleken.

3. Presentatie tijdens coachgroep

Overleg van te voren met de coach of u dit thema wilt presenteren tijdens een coachgroep. Indien u inderdaad gaat presenteren, ga na of dit in combinatie met iemand anders kunt doen en hoeveel tijd daarvoor is. Presenteer, eventueel samen met een collega die op dezelfde afdeling (heeft ge-)werkt, zo kort mogelijk de uitwerking van de opdracht. Let er daarbij op dat er voor de groep ruime gelegenheid is om mee te denken en reacties te geven.

Laat de groep meedenken over een eventuele verandering c.q. verbetering van de situatie.

Geef in de presentatie en bespreking in elk geval aandacht aan de bekwaamheden per professie!

4. Verslaglegging

Neem de uitwerking van dit thema op in uw portfolio. Als u over dit thema ook een presentatie heeft gegeven, voeg dan ook een hand-out van de powerpointpresentatie toe.

Bijlage VIII - Artikelen over CanMeds

De artikelen die naar voren zijn gekomen uit ons literatuur onderzoek naar ontstaan en verspreiding van de CanMeds zijn:

Artikel	Belangrijke punten
1. Kuper et al., 2011	Het aantonen van het belang van de niet-medische competentieprofielen. Concludeert dat deze niet-medische competenties nog niet voldoende verweven zijn in de curricula van de medische faculteiten.
2. Dharamsi et al., 2010	Doel: Het onderzoeken of het schrijven van kritische reflexie op het doen van (medische) ontwikkelingshulp een geschikte onderwijsmethode is voor het CanMeds profiel "Health Advocate". Geconcludeerd wordt dat dit misschien een manier zou kunnen zijn, maar het praktisch nut is nog onduidelijk.
3. Koetsier et al., 2011	Klachten gerapporteerd aan de afdeling anesthesiologie aan de VU worden gecategoriseerd naar de zeven CanMeds competentieprofielen. Aangetoond wordt dat de klachten met name betrekking hadden op niet-technische vaardigheden. Aanbevolen wordt in postgraduate onderwijs meer aandacht te besteden aan deze competentieprofielen.
4. McLeod et al., 2010	Doel: onderzoek huidige status van onderwijs ontwikkeling bij de verschillende Canadese medische faculteiten. Aangegeven wordt dat alle faculteiten de CanMeds geïntroduceerd hebben. Moeilijkheden worden ervaren bij het kwantificeren van onderwijsinnovatie. Dit ook gericht op het verkrijgen van geldstromen. Aanbevolen wordt om ook naar het buitenland te kijken wbt onderwijsinnovatie en niet blind te staren op het Canadese model (in casu CanMeds).
5. Wangler, 2009	Doel: het onderzoeken van het belang van de zeven competenties ervaren door chiropractors in vergelijking met studenten. Geconcludeerd

-
- wordt dat de zeven competenties door studenten als even belangrijk worden beschouwd als door chiropractors. Aanbevolen wordt deze zeven competenties als basis te nemen voor (postgraduate) onderwijs aan chiropractors.
6. Lillevang et al., 2009
- Doel: identificeren van factoren die de ontwikkeling van nieuwe curricula in postgraduate onderwijs bevorderen of verhinderen. Bevorderende factoren zijn de houding en motivatie in de faculteit en tevens geschreven “guidelines” en seminars. Factoren die de implementatie verhinderen zijn onvoldoende pedagogische hulp, slechte introductie van de (nieuwe) taak, veranderende en inconsistente informatie van meerderen, vervanging van adviseurs en stressvolle deadlines.
7. Goecke et al., 2008
- Op basis van een case study heeft de onderzoeksgroep guidelines ontwikkeld die postgraduates kunnen gebruiken indien ze een stage in een ontwikkelingsland volgen. Deze guidelines hebben als doel zowel de voorbereiding als evaluatie beter te laten verlopen op basis van de CanMeds competenties.
8. Choe et al., 2008
- Doel: onderzoeken van de kwaliteit van de evaluatiemethodes gebruikt bij de verschillende CanMeds modellen en de tevredenheid van de programma directeuren betreffende de evaluatie van de verschillende CanMeds modellen. Conclusie: de meeste aandacht wordt besteed aan (de evaluatie van) de competenties “Medisch expert” en “Communicator”, het minst aan “Samenwerker” en “Manager”. Programma directeuren waren tevreden betreffende de evaluatie methode van “Medisch Expert”, maar minder te spreken over de evaluatiemethoden van de andere competentieprofielen.
9. Scheele et al., 2008
- De introductie in Nederland van de postgraduate trainingsprogramma’s op basis van de CanMeds modellen staat centraal. Verschillende
-

-
- uitdagingen worden besproken, zoals de ontwikkeling van een nieuw curriculum binnen het Nederlandse rechtssysteem en problemen betreffende het implementeren van de aangeleerde competenties in de klinische setting.
10. Rademakers et al., 2007
- Studenten ondervraagd in het UMCU geven aan dat ze alle zeven competenties belangrijk vinden. Het meeste belang werd gehecht aan “Professionaliteit” en “Communicator”, “Management” werd als minst belangrijk beschouwd. Conclusie: het is van belang alle zeven competenties actief aandacht te geven in het postgraduate onderwijs.
11. Ringsted et al., 2006
- Doel: onderzoeken van het belang dat assistenten en specialisten hechten aan de CanMeds rollen. De onderzochte populatie betreft artsen in Oost-Denemarken. Op schaal 1 tot 5 werd een totaal belang van 4.2 gegeven aan de CanMeds modellen. Er was geen verschil tussen de medisch specialisten en overige ondervraagden. Geconcludeerd wordt dat ook buiten Canada belang wordt gehecht aan CanMeds modellen.
12. Beauchamp et al., 2004
- Uiteenzetting over de het post-moderne professionalisme (gebaseerd op de CanMed competentie).
13. Mortensen et al., 2010
- In Noord-Denemarken zijn artsen 3.5 jaar na implementatie van het nieuwe postgraduate onderwijssysteem op basis van de CanMeds competenties gevraagd naar hun bevindingen. Geconcludeerd wordt dat impact op de dagelijkse gang van zaken gering is. Goede implementatie strategieën zijn van groot belang om het nieuwe postgraduate onderwijs (op basis van de CanMeds modellen) tot een succes te maken .
14. Whitehead et al., 2011
- Dit artikel geeft aan dat we op moeten passen niet te veel te denken in hokjes. Competenties die een arts moet bezitten zijn niet expliciet uit te drukken in objectieve idealen.
-

Bijlage IX - Doelstellingen en activiteiten CanMeds organisatie

In bijlage 2 benoemt de doelstellingen en activiteiten van de CanMeds organisatie en de artikelen waarin daarover desgewenst nadere informatie te vinden is

Op dit moment heeft CanMeds drie doelstellingen:

1. Behoud van waarde en relevantie van het CanMeds raamwerk
2. Het ontwikkelen van onderwijsmiddelen en -activiteiten voor optimale integratie van het CanMeds raamwerk binnen medisch onderwijs en met name in het postgraduate onderwijs
3. Het faciliteren van een grotere capaciteit van medisch onderwijs door het begeleiden en coördineren van daarop gerichte “faculteitsactiviteiten”

Om deze doelstellingen te bereiken heeft CanMeds drie belangrijke projecten:

1. The CanMeds Milestones Project. Dit project heeft als doel het standaardiseren van competenties binnen de geneeskunde in Canada. Vooralnog gefocust op het trainen van communicatievaardigheden. In de toekomst zullen deze activiteiten verder ontwikkeld worden om alle zeven competentieprofielen te standaardiseren binnen Canada.
2. The CanMeds Physician Health Guide. Een makkelijk te raadplegen bron die “real-world” scenario’s bevat. Deze casus kunnen helpen bij het ontwikkelen van de professionele vaardigheden van de arts.
3. The CanMeds Clinician Educator Program. Op dit moment werken zeven klinische onderwijzers aan het ontwikkelen van faculteitsprogramma’s op basis van de CanMeds profielen. Zij geven (inter)nationaal workshops en lezingen en zijn betrokken bij het publiceren van artikelen betreffende CanMeds onderwijs.

Bijlage X – Bibliografie

Beauchamp, G. (2004) *The challenge of teaching professionalism*. Annals Academy of Medicine Singapore, Vol. 33: 697 – 705.

Choe, S., Cole, G., McLaughlin, K., Lockyer, J. (2008). *CanMeds evaluation in Canadian postgraduate training programmes: tools used and programme director satisfaction*. Medical Education, Vol. 42: 879 – 886.

Dharamsi, S., Richards, M., Louie, D., Murray, D., Berland, A., Whitfield, M., Scott, I. (2010). *Enhancing medical students' conceptions of the CanMeds Health Advocate Role through international service-learning and critical reflection: A phenomenological study*. Medical teacher, Vol 32: 977 – 982.

Goecke, M., Kanashiro, J., Kyamanywa, P., Hollaar, G. (2008) *Using CanMeds to guide international health electives: an enriching experience in Uganda defined for a Canadian surgery resident*. Canadian Journal of Surgery, Vol. 51 (4): 289 – 295.

Koetsier, E., Boer, C., Loer, S. (2011). *Complaints and incident reports related to anaesthesia service are foremost attributed to nontechnical skills*. European Journal of Anaesthesiology, Vol 28: 29 – 33.

Kuper, A., D'Eon, M. (2011). *Rethinking the basis of medical knowledge*. Medical Education, Vol: 45, 36 – 43.

Lillevang, G., Bugge, L., Bech, H., Joost-Rethans, J., Ringsted, C. (2009) *Evaluation of a national process of reforming curricula in postgraduate medical education*. Medical teacher, Vol. 31: 260 – 266.

McLeod, P., Steunert, Y. (2010) *The evolution of faculty development in Canada since the 1980's: Coming of age or time for a change?* Medical teacher, Vol 32: 31 – 35.

Medicine University of Toronto, 2006. CanMeds [Online] Beschikbaar op: <http://www.deptmedicine.utoronto.ca/CanMEDS.htm> [Geraadpleegd op: 19 maart 2011].

Mortensen, L., Malling, B., Ringsted, C., Rubak, S. (2010). *What is the impact of a national postgraduate medical specialist education reform on the daily clinical training 3.5 years after implementation? A questionnaire survey*. BMC Medical Education, Vol. 10:46.

Rademakers, J., Rooy, N., de., Cate, O., ten. (2007). *Senior medical students' appraisal of CanMeds competencies*. Medical Education, Vol. 41: 990 – 994.

Ringsted, C., Lindschow Hansen, T., Davis, D., Scherpbier, A. (2006). *Are some of the challenging aspects of the CanMeds roles valid outside Canada?* Medical Education, Vol. 40: 807 – 815.

Royal College of Physicians and Surgeons of Canada, 2011. The CanMEDS Physician Competency Framework [online] (geupdate op 25 oktober 2010) Beschikbaar op: <http://rcpsc.medical.org/canmeds/> [geraadpleegd op: 19 maart 2011].

Scheele, F., Teunissen, P., Luijk, S., van., Heineman, E., Fluit, L., Mulder, H., Meininger, A., Wijnen-Meijer, M., Glas, G., Sluiter, H., Hummer, T. (2008). *Introducing competency-based postgraduate medical education in the Netherlands*. *Medical Teacher*, Vol. 30: 248 – 253.

Wangler, M. (2009). *Usefulness of CanMeds competencies for chiropractic graduate education in Europe*. *European Academy of Chiropractic*, Vol. 23: 123 – 133.

Whitehead, C., Austin, Z., Hodges, B. (2011). *Flower power: the armoured expert in the CanMeds competency framework?* *Advances in Health Science Education*.