

Clinical Teaching

Basistraining Toetsen op de Werkplek

'een voorbereiding op de taak als opleider op de werkvloer'

Auteurs:
Marjan Govaerts
Wilma Huveneers
Cees van der Vleuten

Onder verantwoordelijkheid van:
Vakgroep Onderwijsontwikkeling en Onderwijsresearch
Universiteit Maastricht

Januari 2011

Voorwoord

De docentenrol (clinical teacher) is een van de vele rollen die door artsen op de werkplek worden vervuld. In de medische opleiding is er nauwelijks aandacht voor kennis en vaardigheden die voor het vervullen van deze rol noodzakelijk zijn. Het gaat daarbij om supervisievaardigheden, functioneren als rolmodel, coachen van het leerproces, het geven van feedback, maar ook om het beoordelen van opgeleiden en het nemen van beslissingen over de kwaliteit van functioneren.

Ontwikkelingen in de medische opleidingen, zowel basisopleiding als vervolgoopleidingen, stellen daarnaast steeds nieuwe eisen aan docenten / opleiders. Denk aan invoering van het portfolio als instrument bij begeleiden en beoordelen, gebruik van 360-graden feedback, directe observatie van performance en het voeren van voortgangs- en beoordelingsgesprekken.

In deze training zal aandacht worden besteed aan state-of-the-art van toetsen op de werkplek, aan de hand van onderzoeksbevindingen en best practices. Recente ontwikkelingen in medische opleidingen komen daarbij aan bod. Het kennismaken met toetsinstrumenten en oefenen in het gebruik daarvan staat echter centraal. Tijdens deze training wordt ernaar gestreefd een omgeving te creëren die de deelnemer uitdaagt om actuele kennis over leren en beoordelen uit te wisselen, passende vaardigheden en attitudes te oefenen. We hopen hiermee u, als klinisch docent, de gelegenheid te bieden kennis en vaardigheden te verwerven die het opleiden van studenten en aios op de werkplek 'leuker en beter' maakt.

OPLEIDING: BETER EN LEUKER



CCMS ontvouwt plannen voor de vervolgopleiding van medisch specialisten
Bron: Medisch Contact 22 oktober 2004 59(3) pp 1692-1695

De opleidingscoördinatie

Inhoudsopgave

Voorwoord	3
1. Inleiding: Training Toetsing (op de werkplek)	7
2. Programma	9
3. 360 graden- feedbackrapporten	11
• Feedback rapport van dokter Y	13
• Feedback rapport van dokter X	19
4. Portfolio oefencasussen	25
• Portfolio casus derdejaars AIOS: Viktor	27
• Portfolio casus eerstejaars AIOS: Nathalie	29
5. Voorbeeldformulieren: Kort Klinisch Beoordelen	31
6. Handouts: "inzichten rondom toetsing"	41
7. Handouts: "werkplek beoordelingen / KPB"	47
8. Handouts: "360 graden feedback"	49
9. Handouts: "het portfolio in de vervolgopleiding"	51
10. Evaluatieformulier	55
LITERATUUR	61

1. Inleiding: Training Toetsing (op de werkplek)

Deze training wordt aangeboden als training aan docenten/opleiders die actief betrokken zijn bij het onderwijs aan studenten en/of assistenten in opleiding (AIOS) binnen de setting van de gezondheidszorgpraktijk (kliniek en/of huisartsgeneeskundige praktijk). Door middel van de training zullen de docenten worden voorbereid op hun taken als opleider op de werkvloer.

Uitgangspunten voor de training

De inhoud en opzet zullen zoveel als mogelijk aansluiten bij uw dagelijkse onderwijspraktijk in de patiëntenzorg als werkzame docent. Dit betekent dat aangesloten wordt bij de behoeften en vragen van u als deelnemer waarbij theorie en praktische toepassing direct op elkaar aansluiten en de aangeboden theorie en praktische oefeningen direct toepasbaar zijn in de dagelijkse werksituatie.

In de training zal echter ook nadrukkelijk worden stilgestaan bij de verwachtingen en behoeften van de opleidingsorganisatie en behoeften en percepties van de opgeleide.

In de training wordt aandacht besteed aan de rol van toetsen bij opleiden op de werkplek. Instrumenten die daarbij een rol spelen zijn korte praktijk beoordeling (KPB), 360 graden feedback en portfolio.

KPB: Na een korte theoretische introductie op het gebruik van KPB's bij het begeleiden en beoordelen van co-assistenten en AIOS in een klinische setting ligt vooral het accent op oefenen van specifieke opleidingsvaardigheden behorende bij KPB's waaronder feedback, observatie en beoordelen van performance.

360 graden feedback (multisource feedback): Is een beoordelingsmethode waarbij het functioneren van de opgeleide wordt beoordeeld door verschillende beoordelaars die in verschillende relatie staan tot de beoordeelde. Na het verkrijgen van inzichten in de achtergrond wordt geoefend met de bij 360-graden feedback gehanteerde instrumenten.

Portfolio: Na een korte introductie op het gebruik van Portfolio bij het begeleiden en beoordelen van semi-artsen en AIOS wordt geoefend aan de hand van portfolio (-fragmenten). Nadruk ligt op het voeren van voortgangsgesprekken aan de hand van portfolio.

Doelstellingen

- Het verkrijgen van inzichten in de basale uitgangspunten en achtergronden bij toetsen op de werkplek, aan de hand van onderzoeksbevindingen, en de implicaties hiervan voor opleiden op de werkplek;
- Kennismaken met 'best practices' in toetsen op de werkplek, o.a. door het uitwisselen van ervaringen met elkaar;
- Training in docentvaardigheden ten behoeve van toetsen op de werkplek;
- Bereiken van gemeenschappelijke opvattingen over toetsen op de werkplek, de rol hiervan in de medische opleiding en de rol van de opleider en opgeleide hierbij.

Werkwijze

Gewerkt wordt in kleine groepen (minimaal 6 en maximaal 10 deelnemers). Interactief. Wisselende werkvormen (informatie-overdracht, oefeningen, discussies, leergesprekken). Gebruik van authentieke casuïstiek en videomateriaal.

Duur

Van 9.00 uur tot 17.00 uur (maximaal).

Eisen en certificaat

U hebt de training met succes doorlopen wanneer u gedurende de gehele training volledig en actief hebt geparticipeerd.

Wanneer u aan deze eis hebt voldaan ontvangt u een getekend certificaat van de Universiteit Maastricht. Dit certificaat kan worden opgenomen in uw docentenportfolio. De training is door de KNMG geaccrediteerd met 6 credits voor algemene bij- en nascholing voor artsen.

2. Programma

09.00	Welkom en kennismaking Introductie "Toetsing op de werkplek: waar doen we het voor?" <i>Aandacht voor uitgangspunten bij toetsen op de werkplek, onderzoeksbevindingen en vertaling naar de praktijk</i> <i>Aandacht voor opleidingscompetenties en hoe deze te toetsen op de werkvloer</i> <i>Pauze</i> Oefening: Korte Praktijk Beoordeling (KPB) <i>Aandacht voor directe observatie, beoordelen van geobserveerd gedrag en geven van feedback</i>
12.15	<i>Lunch</i>
13.00	Oefening: 360 graden feedback Aandacht voor procedure, interpretatie van feedbackrapportages en gespreksstrategieën. Oefening: Portfolio Aandacht voor interpretatie van informatie in portfolio; voeren van voortgangs- en beoordelingsgesprekken Demo ePASS: <i>een voorbeeld van een elektronisch portfolio (indien mogelijk)</i> Hoe nu verder? <i>Aandacht voor Implementatievraagstukken: discussie, best practices.</i>
16.45	Evaluatie, <i>eventuele vervolgspraken</i>
17.00	Sluiting

3. 360 graden- feedbackrapporten

• **Feedback rapport van dokter Y**

360 graden- Feedbackrapport van dokter Y, arts-assistent interne geneeskunde

Beste geëvalueerde,

U heeft meegedaan aan de 360-graden feedback.

Hiervoor heeft u zelf collega's en medewerkers geselecteerd om uw functioneren te beoordelen. Daarnaast is ook aan patiënten gevraagd om u te evalueren met behulp van de 360-graden feedback vragenlijsten. Dit feedbackrapport geeft de resultaten van hun evaluatie weer.

Dit feedbackrapport bestaat uit drie delen.

Deel 1: een samenvattend staafdiagram, scores per competentiedomein, per respondentengroep (collega's, medewerkers, patiënten)

Deel 2: gedetailleerde informatie, scores per item per competentiedomein

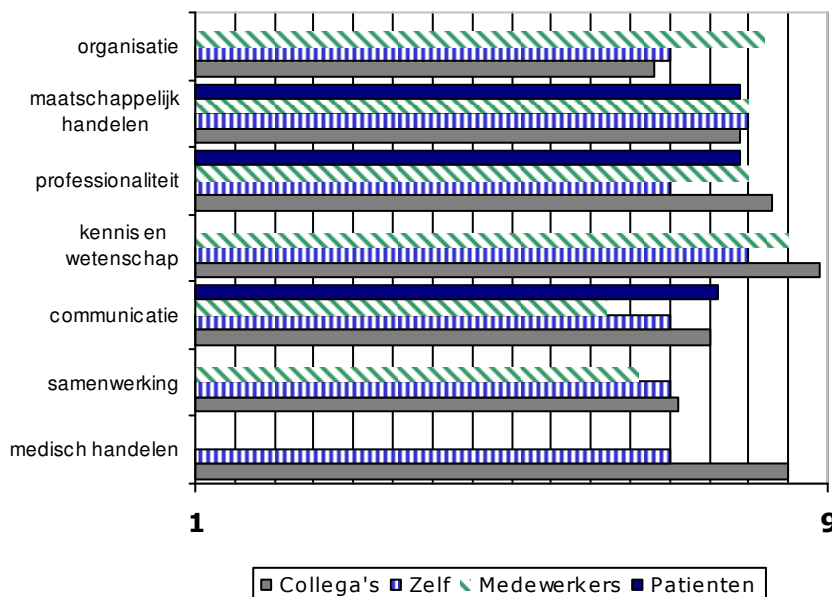
Deel 3: terugrapportage van door collega's, medewerkers en/of patiënten gemaakte opmerkingen over waar u specifiek goed in bent en eventuele verbeter tips voor uw professioneel functioneren

Deel 1: Samenvattend staafdiagram

Onderstaand treft u een staafdiagram aan dat uw gemiddelde scores per competentiedomein weergeeft. Er worden 7 competentiedomeinen onderscheiden, namelijk: medisch handelen, communicatie, samenwerking, kennis en wetenschap, maatschappelijk handelen, organisatie en professionaliteit. Daarnaast heeft uw 'omgeving' haar algemene waardering uitgedrukt in een score. Meer gedetailleerde informatie over elk van de competentiedomeinen, en de algemene score, vindt u in deel 2 van dit feedbackrapport.

Figuur 1:

Samenvattend overzicht van de evaluatie van uw professioneel functioneren door patiënten (bovenste balkje), uw medewerkers (tweede gestreepte balkje), uzelf (derde balkje, verticaal gestreept) en uw collega's (onderste balkje).



Deel 2: Detail informatie

Hieronder volgen de scores per vraag zoals gegeven door de 3 groepen respondenten voor elk van de 7 competentiedomeinen: Medisch handelen, communicatie Hiermee kunt u meer in detail bekijken hoe uw omgeving uw functioneren hebben geëvalueerd.

In het overzicht staan de score's van uw collega's, medewerkers en patiënten op de verschillende items. Alle groepen gaven hun mening uitgedrukt op een schaal van 1 tot en met 9. Indien men een vraag niet kon beoordelen, kon men dit aangeven. Het aantal keer dat 'niet te beoordelen' is ingevuld, vindt u terug in onderstaand overzicht.

Overzicht 1: De mening van collega's en medewerkers over uw professioneel functioneren

	Competentiedomein / item	Gemiddelde score <u>collega</u> (min/ max)	Aantal evaluaties (# niet te beoordelen)	Gemid. score <u>Medewerker</u> (min/ max)	Aantal evaluaties (# niet te beoordelen)
Medisch handelen		8,5			
1	Is technisch vaardig in het uitvoeren van verrichtingen, behorend bij het vak	8,5 (7/9)	8		
2	Komt tot een juiste selectie van diagnostische onderzoeken	8 (7/8)	7 (1)		
3	Is kritisch in het beoordelen van diagnostische informatie	8 (7/9)	8		
4	Komt tijdig tot de juiste diagnose	7,5 (6/8)	8		
5	Selecteert in het algemeen de juiste behandeling	8 (7/8)	8		
Communicatie		7,5		6,2	
6	Communiqueert effectief met patiënten	7,0 (5/7)	8	7,1 (6/8)	8
7	Communiqueert effectief met andere zorgverleners	7,6 (6-9)	8	4,3 (2/6)	8
8	Communiqueert schriftelijk effectief met andere zorgverleners	7,7 (6/8)	8	7 (6/9)	8
9	Geeft goede uitleg aan patiënten over de behandeling	8,4 (8/9)	8	8 (7/9)	
10	Houdt patiëntendossiers goed bij	7,0 (5/9)	8		
11	Zijn/ haar schriftelijke opdrachten zijn goed leesbaar			7,0 (6/9)	8
Samenwerking		7,1		6,6	
12	Zorgt voor een goede overdracht	7,1 (6/8)	8		
13	Maakt duidelijk wie verantwoordelijk is voor de continuïteit van zorg	7,3 (7/9)	7 (1)		
14	Coördineert effectief de zorg voor een patiënt met andere zorgverleners	7,2 (6/8)	8		
15	Coördineert effectief de zorg voor patiënten met complexe problemen	7,0 (7/7)	7 (1)		
16	Werkt goed samen met collega's	6,9 (5/9)	8	6.2 (5/8)	8
17	Handelt consulten tijdig af	7,1 (6/8)	8		

18	Draait mee in de diensten	7,0 (6/8)	6 (2)		
19	Is beleefd naar medewerkers	7,1 (7/8)	8		
20	Participeert goed in de maatschap/vakgroep	7,0 (5/9)	6 (2)		
21	Gaat met zorg om met de veiligheid van medewerkers			7,2 (7/8)	8
22	Respecteert de expertise en vaardigheden van medewerkers			6,5 (6/8)	8
Kennis en wetenschap		8,9		8,5	
23	Houdt de vakliteratuur kritisch bij	9,0 (9/9)	6 (2)		
24	Geeft onderwijs aan collega's en andere medewerkers	9,0 (9/9)	8	8,5	8
25	Draagt bij aan de ontwikkeling van protocollen en kwaliteitsbewaking	8,5 (7/9)	8		
26	Participeert op een goede manier in onderzoeksactiviteiten	8,8 (8/9)	8		

Maatschappelijk handelen		7,9		8	
27	Gaat vertrouwelijk met informatie over patiënten om	7,9 (7/9)	8	8 (7/9)	8
28	Respecteert het recht van patiënten om goed geïnformeerde beslissingen te nemen				
Organisatie		6,8		8,2	
29	Geeft prioriteit aan urgente verzoeken	6,9 (6/7)	8		
30	Gaat efficiënt met middelen om	6,3 (5/7)	8		
31	Gaat effectief met spoedgevallen om	8,2 (7/9)	8	8,2 (6/9)	8
Professionaliteit		8,3		8,0	
32	Toont medeleven aan patiënten en hun familieleden	8 (5/8)	6(2)	8,1 (8/9)	8
33	Neemt verantwoordelijkheid voor het eigen professionele handelen	8,1 (6/9)	8	8,1 (8/9)	8
34	Is betrokken bij professionele ontwikkeling	8,5 (7/9)	8		
35	Herkent zijn/ haar eigen beperkingen	8,2 (5/8)	7(1)		
36	Neemt voldoende verantwoordelijkheid voor patiënten	7,9 (7/8)	6(2)	8,5 (8/9)	8
37	Gedraagt zich professioneel	8,5(7/)	8	7,5 (7/9)	8

Overzicht 1:
De mening van patiënten over uw professioneel functioneren

	Competentiedomein / item	Gemiddelde score <u>patient</u> (min/max)	Aantal evaluaties (# niet te beoordelen)		
Communicatie		7,6			
1	Legt duidelijk uit wat er met me aan de hand is	6,6 (6/7)	25 (0)		
2	Bespreekt verschillende behandelingen met me	6,6 (6-8)	22 (3)		
3	Vertelt me wanneer en hoe ik mijn medicijnen in moet nemen	6,7 (6/8)	18 (7)		
4	Geeft duidelijke uitleg over alle onderdelen van de behandeling	7,4 (6/8)	21 (4)		
5	Stelt zo nodig vragen over mijn persoonlijke achtergrond	7,0 (5/9)	25		
6	Geeft me duidelijke antwoorden	8,2 (8/9)	25		
7	Geeft duidelijke uitleg over het lichamelijke onderzoek	6,9 (6-8)	23 (2)		
8	Legt goed uit wat ik moet doen in onverwachte situaties zoals bij koorts, pijn of andere veranderingen	7,3 (6/8)	22 (3)		
9	Legt goed uit wat ik moet doen als mijn klachten niet over gaan	7,4 (6/8)	22 (3)		
10	Toont interesse voor mijn problemen	8,0 (7/9)	25		
Samenwerking		7,1			
11	Zorgt ervoor dat andere behandelaars goed op de hoogte zijn	7,1 (6/8)	15 (10)		

Maatschappelijk handelen		7,9			
12	Legt goed uit wat ik kan doen om gezond te leven	8,5 (7/9)	20 (5)		
13	Vraagt toestemming aan mij voor een bepaalde behandeling of onderzoeken		21 (4)		
Professionaliteit		7,9			
14	Toont medeleven	7 (5/8)	25		
15	Besteedt genoeg tijd aan me	8,1 (6/9)	25		
16	Behandelt mij met respect	8,5 (7/9)	25		

Deel 3: Opmerkingen / verbetertips

Collega's, medewerkers en patiënten konden desgewenst opmerkingen en/of verbetertips formuleren. Hieronder vindt u alle opmerkingen/verbetertips.

Collega's:

- Ik heb veel waardering voor de klinische kwaliteiten van deze collega. Houdt haar vak erg goed bij!
- Verbetertip: frequentere aanwezigheid bij het multidisciplinair overleg zou de samenwerking met de verpleegkundige staf kunnen verbeteren.
- Verbetertip: tijdens diensten wordt ik weleens gebeld met vragen omdat dingen bij de verpleging achter af niet helemaal duidelijk waren.

Medewerkers:

- Ze is erg goed met patiënten, neemt de tijd, legt alles goed uit en is erg begripvol.
- Op de poli werkt zij goed op tijd
- Verbetertip: meer tijd inplannen en nemen voor vragen van de verpleging. Soms moeten we naderhand bellen voor informatie omdat de zaken niet helemaal goed zijn opgeschreven of dat er nog onduidelijkheid is van onze kant.

Patiënten:

- Geïnteresseerde dokter. Ze neemt de tijd en ik krijg altijd goede antwoorden op mijn vragen
- Ze heeft me heel goed begeleid toen ik ernstig ziek was. Jammer dat ik ze weggaat op de polikliniek.

- Einde feedbackrapport -

• **Feedback rapport van dokter X**

360 graden- Feedbackrapport van dokter X, oogarts in opleiding in ziekenhuis W

Beste geëvalueerde,

U heeft meegedaan aan de 360-graden feedback.

Hiervoor heeft u zelf collega's en medewerkers geselecteerd om uw functioneren te beoordelen. Daarnaast is ook aan patiënten gevraagd om u te evalueren met behulp van de 360-graden feedback vragenlijsten. Dit feedbackrapport geeft de resultaten van hun evaluatie weer.

Dit feedbackrapport bestaat uit drie delen.

Deel 1: een samenvattend staafdiagram, scores per competentiedomein, per respondentengroep (collega's, medewerkers, patiënten)

Deel 2: gedetailleerde informatie, scores per item per competentiedomein

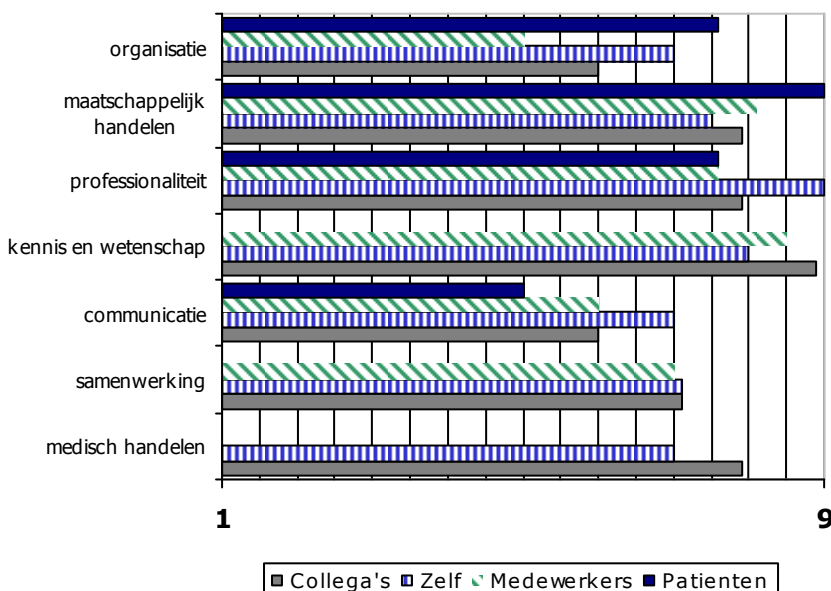
Deel 3: terugrapportage van door collega's, medewerkers en/of patiënten gemaakte opmerkingen over waar u specifiek goed in bent en eventuele verbeter tips voor uw professioneel functioneren

Deel 1: Samenvattend staafdiagram

Onderstaand treft u een staafdiagram aan dat uw gemiddelde scores per competentiedomein weergeeft. Er worden 7 competentiedomeinen onderscheiden, namelijk: medisch handelen, communicatie, samenwerking, kennis en wetenschap, maatschappelijk handelen, organisatie en professionaliteit. Daarnaast heeft uw 'omgeving' haar algemene waardering uitgedrukt in een score. Meer gedetailleerde informatie over elk van de competentiedomeinen, en de algemene score, vindt u in deel 2 van dit feedbackrapport.

Figuur 1:

Samenvattend overzicht van de evaluatie van uw professioneel functioneren door patiënten (bovenste balkje), uw medewerkers (tweede gestreepte balkje), uzelf (derde balkje, verticaal gestreept) en uw collega's (onderste balkje).



Deel 2: Detail informatie

Hieronder volgen de scores per vraag zoals gegeven door de 3 groepen respondenten voor elk van de 7 competentiedomeinen: Medisch handelen, communicatie Hiermee kunt u meer in detail bekijken hoe uw omgeving uw functioneren hebben geëvalueerd.

In het overzicht staan de score's van uw collega's, medewerkers en patiënten op de verschillende items. Alle groepen gaven hun mening uitgedrukt op een schaal van 1 tot en met 9. Indien men een vraag niet kon beoordelen, kon men dit aangeven. Het aantal keer dat 'niet te beoordelen' is ingevuld, vindt u terug in onderstaand overzicht.

Overzicht 1: De mening van collega's en medewerkers over uw professioneel functioneren

	Competentiedomein / item	Gemiddelde score <u>collega</u> (min/ max)	Aantal evaluaties (# niet te beoordelen)	Gemid. score <u>Medewerker</u> (min/ max)	Aantal evaluaties (# niet te beoordelen)
Medisch handelen		7,9			
1	Is technisch vaardig in het uitvoeren van verrichtingen, behorend bij het vak	8,5 (7/9)	8		
2	Komt tot een juiste selectie van diagnostische onderzoeken	8 (7/8)	7 (1)		
3	Is kritisch in het beoordelen van diagnostische informatie	8 (7/9)	8		
4	Komt tijdig tot de juiste diagnose	7,5 (6/8)	8		
5	Selecteert in het algemeen de juiste behandeling	8 (7/8)	8		
Communicatie		6,0		6,0	
6	Communiqueert effectief met patiënten	6,0 (3/7)	8	5,1 (4/6)	8
7	Communiqueert effectief met andere zorgverleners	6,6 (6-8)	8	6,3 (6/8)	8
8	Communiqueert schriftelijk effectief met andere zorgverleners	6,7 (6/8)	8	7 (6/9)	8
9	Geeft goede uitleg aan patiënten over de behandeling	4,4 (2/6)	8		
10	Houdt patiëntendossiers goed bij	7,0 (5/9)	8		
11	Zijn/ haar schriftelijke opdrachten zijn goed leesbaar			7,0 (6/9)	8
Samenwerking		7,1		7,0	
12	Zorgt voor een goede overdracht	7,1 (6/8)	8		
13	Maakt duidelijk wie verantwoordelijk is voor de continuïteit van zorg	7,3 (7/9)	7 (1)		
14	Coördineert effectief de zorg voor een patiënt met andere zorgverleners	7,2 (6/8)	8		
15	Coördineert effectief de zorg voor patiënten met complexe problemen	7,0 (7/7)	7 (1)		
16	Werkt goed samen met collega's	6,9 (5/9)	8	7.2 (6/8)	8
17	Handelt consulten tijdig af	7,1 (6/8)	8		

Onderwijsinstituut
Faculty of Health, Medicine and Life Sciences

18	Draait mee in de diensten	7,0 (6/8)	6 (2)		
19	Is beleefd naar medewerkers	7,1 (7/8)	8		
20	Participeert goed in de maatschap/ vakgroep	7,0 (5/9)	6 (2)		
21	Gaat met zorg om met de veiligheid van medewerkers			7,2 (7/8)	8
22	Respecteert de expertise en vaardigheden van medewerkers			7,5 (6/8)	8
Kennis en wetenschap		8,9		8,5	
23	Houdt de vakliteratuur kritisch bij	9,0 (9/9)	6 (2)		
24	Geeft goed onderwijs	9,0 (9/9)	8	8,5	8
25	Draagt bij aan de ontwikkeling van protocollen en kwaliteitsbewaking	8,5 (7/9)	8		

Maatschappelijk handelen		7,9		8	
27	Gaat vertrouwelijk met informatie over patiënten om	8,5 (7/9)	8	8 (7/9)	8
28	Respecteert het recht van patiënten om goed geïnformeerde beslissingen te nemen	8,2 (6/9)			
Organisatie		6,8		8,2	
29	Geeft prioriteit aan urgente verzoeken	5,9 (3/7)	8		
30	Gaat efficiënt met middelen om	6,3 (5/7)	8		
31	Gaat effectief met spoedgevallen om	8,2 (7/9)	8	8,2 (6/9)	8
Professionaliteit		7,9		7,6	
32	Toont medeleven aan patiënten en hun familieleden	7 (5/8)	8	6,1 (3/8)	8
33	Neemt verantwoordelijkheid voor het eigen professionele handelen	8,1 (6/9)	8	8,1 (5/9)	8
34	Is betrokken bij professionele ontwikkeling	8,5 (7/9)	8		
35	Herkent zijn/ haar eigen beperkingen	7,2 (5/8)	8		
36	Neemt voldoende verantwoordelijkheid voor patiënten	7,9 (7/8)	8	8,5 (8/9)	8
37	Gedraagt zich professioneel	7,5 (6/9)	8	7,5 (5/9)	8

Overzicht 1:
De mening van patienten over uw professioneel functioneren

	Competentiedomein / item	Gemiddelde score <u>patient</u> (min/ max)	Aantal evaluaties (# niet te beoordelen)		
Communicatie		5,0			
1	Legt duidelijk uit wat er met me aan de hand is	6,0 (3/7)	25		
2	Bespreekt verschillende behandelingen met me	6,6 (6-8)	25		
3	Vertelt me wanneer en hoe ik mijn medicijnen in moet nemen	6,7 (6/8)	25		
4	Geeft duidelijke uitleg over alle onderdelen van de behandeling	4,4 (2/6)	25		
5	Stelt zo nodig vragen over mijn persoonlijke achtergrond	7,0 (5/9)	25		
6	Geeft me duidelijke antwoorden	5,2 (4/7)	25		
7	Geeft duidelijke uitleg over het lichamelijke onderzoek	7,2 (6/9)	25		
8	Legt goed uit wat ik moet doen in onverwachte situaties zoals bij koorts, pijn of andere veranderingen	4,9 (4-6)	23 (2)		
9	Legt goed uit wat ik moet doen als mijn klachten niet over gaan	5,3 (4/7)	22 (3)		
10	Toont interesse voor mijn problemen	5,4 (4/7)	22 (3)		
Samenwerking		7,1			
11	Zorgt ervoor dat andere behandelaars goed op de hoogte zijn	7,1 (6/8)	25		

Maatschappelijk handelen		7,9			
12	Legt goed uit wat ik kan doen om gezond te leven	8,5 (7/9)	25		
13	Vraagt toestemming aan mij voor een bepaalde behandeling of onderzoeken	7 (6/9)	25		
Professionaliteit		7,9			
14	Toont medeleven	7 (5/8)	25		
15	Besteedt genoeg tijd aan me	8,1 (6/9)	25		
16	Behandelt mij met respect	8,5 (7/9)	25		

Deel 3: Opmerkingen / verbetertips

Collega's, medewerkers en patiënten konden desgewenst opmerkingen en/of verbetertips formuleren. Hieronder vindt u alle opmerkingen/verbetertips.

Collega's:

- Ik kan het nergens kwijt in deze vragenlijst, maar deze arts kan zeer inspirerend onderwijs geven!

Medewerkers:

- Verbeter-tip: meer aandacht inplannen en nemen voor patiënten kan voorkomen dat patiënten naderhand bellen voor informatie of bij de verpleging of arts-assistenten op de afdeling steeds met hun vragen komen.
- Patiënten zeggen tegen de verpleging wel eens dat ze het gevoel hebben dat deze dokter hun klacht niet belangrijk lijkt te vinden.

Patiënten:

- Fijne dokter, ik hoef nooit lang te wachten en hij is geïnteresseerd in me.
- Dokter is wel eens onnodig kortaf.
- Ik kan altijd snel terecht bij deze dokter, maar sta ook altijd weer snel buiten. Thuis kom ik er dan achter dat ik mijn vragen niet beantwoord heb gekregen.
- Goed georganiseerde arts. Hij werkt precies op tijd!

- Einde feedbackrapport -

4. Portfolio oefencasussen

- **Portfolio casus derdejaars AIOS: Viktor**

Inhoud Portfolio Viktor

360 graden beoordeling

De volgende opmerkingen zijn uit de 360 graden beoordeling op de afdeling naar voren gekomen.

Communicatie:

Is over het algemeen communicatief goed vaardig.
Sommige patiënten, maar ook verpleging, ervaren hem als een betweter.

Samenwerking en organisatie:

Loopt doorgaans goed.
Enkele stafleden ergeren zich aan zijn wat arrogante en kritische houding. Grijs haren worden niet gerespecteerd.
Poli's lopen soms erg uit.
Vraagt te weinig om supervisie waardoor soms handelingen of uitspraken achteraf gecorrigeerd moeten worden.

Professionaliteit:

Zet zich goed in, werkt veel en maakt de indruk alles te weten en kunnen.
Er wordt door sommigen getwijfeld aan zijn zelfinzicht.

Verbeterpunten uit de 360 graden beoordeling:

- poli's beter voorbereiden
- respect voor meningen van patiënten en stafleden tonen
- Vragen om supervisie bij zaken waarvoor ik nog niet bevoegd ben

Korte klinische beoordelingen

Gecomplieerde verrichtingen: Redelijk verlopen.
Quote: 'Let op de wensen en emoties van de patiënt en speel daar zo mogelijk op in'.

Poli: Redelijk verlopen

Quote: 'Let op ongeoorloofde uitspraken'.

Verslaglegging en presentaties

Heldere, complete verslagen, duidelijke presentatie.

Cursorisch onderwijs

Voldaan

Zelfreflectie

Sterke punten:

- Ik ben gedreven en gemotiveerd
- Ik heb accurate kennis
- Ik werk evidence-based

Zwakke punten:

- In stressvolle situaties kan ik communicatief tekortschieten.

Specifieke thema's:

- De gecompliceerde handelingen worden goed uitgevoerd.
- De polikliniek loopt goed.
- De polikliniek loopt echter vaak uit en de contacten met de supervisors zijn soms wat ruw. Men verwacht dat ik van alles uit het hoofd ken, terwijl ik goed getraind ben in opzoeken en nog beter in logisch redeneren. De supervisors lijken soms in een andere tijd te leven.
- Communicatie, samenwerking en professioneel gedrag gaan goed. Ik moet de poli nog beter leren organiseren wat betreft tijdmanagement.

- **Portfolio casus eerstejaars AIOS: Nathalie**

Inhoud Portfolio Nathalie

360 graden beoordeling

De volgende opmerkingen zijn uit de 360 graden beoordeling op de afdeling naar voren gekomen.

Communicatie:

Is communicatief vaardig naar personeel en patiënten.
Gevoelig voor fijne nuances in gesprekken.

Samenwerking en organisatie:

Loopt doorgaans goed.
Is te vaak afwezig of te laat door "verkoudheidje" of "slechte dag" kind waardoor organisatie en collega's onder druk komen te staan.
Poli's lopen soms erg uit.

Professionaliteit:

Komt rustig en vertrouwd over.
Er wordt door sommigen getwijfeld aan motivatie voor opleiding.
Komt soms wat onzeker over op medisch inhoudelijk gebied.

Verbeterpunten uit de 360 graden beoordeling:

- Poli's beter voorbereiden
- Prioriteiten stellen m.b.t. werk en privé

Korte klinische beoordelingen

Normale verrichtingen: verlopen redelijk goed.
Quote: 'Zorg voor goede tijdsplanning en organisatie'.

Poli: verloopt goed.

Quote: 'Zorg dat je de richtlijnen als minimumkennis beschouwt'.

Gecomplieerde verrichtingen: verlopen redelijk.

Quote: 'Let op de wensen en emoties van de patiënt en speel daar zo mogelijk op in'.

Verslaglegging en presentaties

Redelijke verslagen en presentaties

Cursorisch onderwijs

Voldaan

Zelfreflectie

Sterke punten:

- Ik ben gemotiveerd
- Theoretische kennis is op niveau
- Combineren werk en gezin gaat prima

Zwakke punten:

- Soms onzeker

Specifieke thema's:

- De polikliniek loopt goed, maar loopt vaak uit en soms kan ik niet voorkomen dat ik te laat kom of afwezig ben. Dit geeft soms moeilijkheden, maar mijn collega's vangen dat altijd prima op. Het is niet te voorkomen, denk ik, en op deze manier gaat het goed.
- Communicatie, samenwerking en professioneel gedrag gaan goed. Ik moet de poli en de VK nog beter leren organiseren wat betreft tijdmanagement.

5. Voorbeeldformulieren: Kort Klinisch Beoordelen

Voorbeeld formulieren KKB/KPB [Bron: ten Cate & Fluit (2010). Richtlijn KPB. *TMO*, 29(05), S103-141]

Korte Klinische Beoordeling (KKB)

Beoordelaar: _____ Datum: _____

Aios: _____ Opleidingsjaar: _____

Patiënt/probleem/diagnose: _____

Plaats: poli afdeling SEH Anders: _____

Patiënt: Leeftijd: __ Sexe: __ nieuw follow-up

Complexiteit beeld: gering matig groot

Focus: gegevensverzameling diagnostiek therapie adviesgesprek

1. Anamnese niet geobserveerd
 1 2 3 / 4 5 6 / 7 8 9
 onvoldoende matig goed

2. Lichamelijk onderzoek niet geobserveerd
 1 2 3 / 4 5 6 / 7 8 9
 onvoldoende matig goed

3. Professioneel handelen niet geobserveerd
 1 2 3 / 4 5 6 / 7 8 9
 onvoldoende matig goed

4. Probleemanalyse, klinisch redeneren niet geobserveerd
 1 2 3 / 4 5 6 / 7 8 9
 onvoldoende matig goed

5. Vervolgonderzoek en begeleiding niet geobserveerd
 1 2 3 / 4 5 6 / 7 8 9
 onvoldoende matig goed

6. Communicatie met de patiënt niet geobserveerd
 1 2 3 / 4 5 6 / 7 8 9
 onvoldoende matig goed

7. Organisatie en efficiëntie niet geobserveerd
 1 2 3 / 4 5 6 / 7 8 9
 onvoldoende matig goed

Tevredenheid beoordelaar met deze KKB: gering 1 2 3 4 groot

Tevredenheid aios met deze KKB: gering 1 2 3 4 groot

Opmerkingen:

Paraaf beoordelaar: _____ Paraaf aios: _____

A. Centraal College Medische Specialismen

Handleiding voor gebruik van de KKB

De Korte Klinische Beoordeling (KKB) richt zich op de competenties van de arts in opleiding tot specialist (aios) in patiëntencontacten. Ze kan eenvoudig worden toegepast door stafleden als onderdeel van de dagelijkse routine en is geschikt voor de beoordeling van aios in diverse klinische settings. De KKB is een kortdurende observatie (10 minuten) van een aios-patiënt contact. De combinatie van meerdere KKB's geeft inzicht in het handelen van de aios.

De KKB kan geregeld (iedere paar maanden) worden toegepast op de afdeling (zaal of IC/CCU), op de poli, op de Spoedeisende Hulp of elders, zoals tijdens opname of ontslag.

Als beoordelaars kunnen optreden: superviserende stafleden, afdelingshoofden, opleiders en ouderejaars aios.

Van iedere beoordeling wordt een kopie verstrekt aan de aios. Het origineel gaat naar de opleider.

Toelichting bij de beoordeelde competenties

1. Anamnese

Stimuleert de patiënt tot het meedelen van de ziektegeschiedenis; stelt adequaat vragen en geeft adequaat aanwijzingen om de noodzakelijke informatie te verkrijgen; reageert adequaat op emotie en non-verbale signalen.

2. Lichamelijk onderzoek

Houdt een logische en efficiënte volgorde aan; kiest een goed evenwicht tussen algemeen en hypothesegericht onderzoek; informeert de patiënt; is attent op de belasting voor de patiënt en diens gène.

3. Professioneel handelen

Toont respect, betrokkenheid en empathie en genereert vertrouwen; reageert adequaat op ongemak en gène, en op de behoefte aan privacy en informatie.

4. Probleemanalyse, klinisch redeneren

Adequaat en selectief gebruik van diagnostische procedures en laboratoriumonderzoek met goede afweging van risico's en opbrengst.

5. Vervolgonderzoek en begeleiding

Formuleert evidence based indicaties voor vervolgonderzoek en behandeling, bepaalt adequaat noodzakelijke begeleiding, eventueel van andere professionals.

6. Communicatie met de patiënt

Verklaart in voor de patiënt begrijpelijke bewoordingen de indicaties voor onderzoek en behandeling, vraagt om instemming waar nodig, overlegt over het beleid.

7. Organisatie en efficiëntie

Organiseert adequaat, bewaakt de tijd, is beknopt.

B. UMC Groningen

I	II	III	I	II	III	I	II	III	I	II	III	I	II	III	I	II	III
1			2			3			4			5			6		

Naam Aios:

Supervisor:

Datum:

Korte Praktijk Beoordeling

Type patiënt

Focus van het contact

M

C

Medisch handelen i.e.z.

Communiceren

Complexiteit: laag / normaal / hoog

Complexiteit: laag / normaal / hoog

Anamnese afnemen

Schept voorwaarden

Toont empathie

Lichamelijk onderzoeken

Verwerft informatie

Beeindigt het contact

Klinisch redeneren

Geeft informatie

Verslaglegging

Behandelen

Opmerkingen:

Wat is er goed? (fase van de opleiding/groei)

Opmerkingen:

Wat is er goed? (fase van de opleiding/groei)

Wat kan er beter?

Wat kan er beter?

Algemeen niveau

1			2			3			4			5			6		

Handtekening gezien AIOS:

Handtekening gezien supervisor:

C. UMC Utrecht

PORTFOLIO INTERNE GENEESKUNDE DIGD UMC UTRECHT

Korte Praktijk Beoordeling (KPB) – Patiëntcontact

REMINDER OPZET:
Duur Observatie: maximaal 20 min
Situatie: patiënt fysiek aanwezig
Feedbackgesprek: zsm.na observatie
Aard feedback: specifiek, met concrete tips

AIOS / semi-arts / co-ass
 Naam: _____
 Beoordelaar: _____
 Functie beoordelaar: _____

Setting van de observatie
 Spreekkamer / Afdeling / SEH / Huisbezoek / Anders, nl. _____
 Korte nadere omschrijving situatie: _____

	Huidige duur van de opleiding: jaar en maanden				Datum van deze KPB:		Positieve punten en Feedback en Tips
	nbt	Onder	Volgens verwacht niveau	Boven			
1) Leggen van effectieve artspatiënt relatie , rekening houden met patiëntperspectief	0	4 5	6 7 8 9 10	9 10			
2) Hypothesegekeurde (hetero-) anamnese	0	4 5	6 7 8 9 10	9 10			
3) Gericht (specieel) en algemeen lichamelijk onderzoek	0	4 5	6 7 8 9 10	9 10			
4) Adequate Probleemstelling , onderscheid hoofd- en bijzaken, prioriteiten stellen	0	4 5	6 7 8 9 10	9 10			
5) Bespreken prognose, risico's en complicaties met patiënt en familie	0	4 5	6 7 8 9 10	9 10			
6) Therapeutisch handelen	0	4 5	6 7 8 9 10	9 10			
7) Samenwerken met andere disciplines	0	4 5	6 7 8 9 10	9 10			
8) Adequaat en tijdig supervisie en assistentie vragen	0	4 5	6 7 8 9 10	9 10		Afspraken t.a.v. actiepunten en follow up:	
9) Globaal oordeel competenties medisch handelen	0	4 5	6 7 8 9 10	9 10			

Paraaf beoordelaar: _____ Paraaf AIOS / student voor gezien: _____

Objective Structured Assessment of Technical Skills (OSATS)
Sample Checklist

STATION 3

SMALL BOWEL ANASTOMOSIS

INSTRUCTIONS TO CANDIDATES

You have just resected a segment of small bowel. Perform a single layer, interrupted, end to end anastomosis to restore continuity.

ITEM	Not Done or Incorrect	Done Correctly
1. Bowel oriented mesenteric border to mesenteric border, no twisting	0	1
2. Stay sutures held with hemostats	0	1
3. Selects appropriate needle driver (Gen surg, medtip/med or short length)	0	1
4. Selects appropriate suture (atraumatic, 3.0/4.0, PDS/Dexon/Vicryl/silk)	0	1
5. Needle loaded ½ to 2/3 from tip	0	1
6. Index finger used to stabilize needle driver	0	1
7. Needle enters bowel at right angles 80% of bites	0	1
8. Single attempt at needle passage through bowel 90% of bites	0	1
9. Follow through on curve of needle on entrance on 80% of bites	0	1
10. Follow through on curve of needle on exit on 80% of bites	0	1
11. Forceps used on seromuscular layer of bowel only majority of time	0	1
12. Minimal damage with forceps	0	1
13. Uses forceps to handle needle	0	1

14.	Inverting sutures	0	1
15.	Suture spacing 3 to 5 mm	0	1
16.	Equal bites on each side 80% of bites	0	1
17.	Individual bites each side 90% of bites	0	1
18.	Square knots	0	1
19.	Minimum three throws on knots	0	1
20.	Suture cut to appropriate length (does not interfere with next stitch)	0	1
21.	No mucosal pouting	0	1
22.	Apposition of bowel without excessive tension on sutures	0	1
MAXIMUM TOTAL SCORE			(22)
TOTAL SCORE			

EXAMINER _____

Note: Reprinted from the American Journal of Surgery, 180, Reznick R, Regehr G, MacRae H, Martin J, McCulloch W. Testing technical skill via an innovative "Bench Station" examination, 226-30, Copyright 1997, with permission from Excerpta Medica Inc.

6. Handouts: "inzichten rondom toetsing"

Inzichten rondom toetsing
BasisTraining Toetsen op de werkplek (BTT)




1  Universiteit Maastricht


Overzicht van presentatie

- Ontwikkelingen in het onderwijs (waarom doen we dit nou allemaal?)
- Inzichten in toetsing
- Lessen voor toetsing op de werkplek

2  Faculty of Health Medicine & Life Sciences – Department of Educational Development and Research


Ontwikkelingen in het onderwijs

- Historie
 - Discipline-gebaseerde curricula
 - Themagerichte geïntegreerde curricula
 - Probleem-gerichte geïntegreerde curricula
 - Competentie-gerichte curricula (of outcome-gerichte curricula)

3  Faculty of Health Medicine & Life Sciences – Department of Educational Development and Research

Onderwijskundige principes

- Transfer is een kernprobleem
 - Transfer tussen kennis, vaardigheden, attitude
 - Transfer naar nieuwe contexten
- Onderwijs is daarom gericht op integratie
 - Contextueel leren
 - Continu oefenen met authentieke taken (waarbij integratie van kennis, vaardigheden en attitude plaats vindt; in stappen van complexiteit en begeleiding)
- Onderwijs is gericht op meer dan kennis alleen (niet domeingebonden competenties, bv. communicatie, zelfsturing, teamwork, leiderschap, zelfsturing.....)

4  Faculty of Health Medicine & Life Sciences – Department of Educational Development and Research

Competentiestructuren

<ul style="list-style-type: none"> • Canadese (Canmeds) structuur <ul style="list-style-type: none"> - Medical expert - Communicator - Collaborator - Manager - Health advocate - Scholar - Professional 	<ul style="list-style-type: none"> • Amerikaanse (ACGME) structuur <ul style="list-style-type: none"> - Patient care - Medical knowledge - Practice-based learning & improvement - Interpersonal and communication skills - Professionalism - Systems-based practice
---	--

En er zijn er veel meer!!!!

5  Faculty of Health Medicine & Life Sciences – Department of Educational Development and Research

"Canmeds" rollen

Algemene competenties van de medisch specialist

- 1. Medisch handelen
- 2. Communicatie
- 3. Samenwerking
- 4. Kennis en wetenschap
- 5. Maatschappelijk handelen
- 6. Organisatie
- 7. Professionaliteit

6  Faculty of Health Medicine & Life Sciences – Department of Educational Development and Research

7

Maastricht University *Leading in Learning!*

Gevolgen voor binnenschools leren

- Probleemgerichte aanpak
- Vroegtijdige introductie van patiënten
- Skillslabs
- Groepswerk
- Ervaringsgericht
- Begeleidende rol van docent

Faculty of Health Medicine & Life Sciences – Department of Educational Development and Research

8

Maastricht University *Leading in Learning!*

Gevolgen voor werkplekleren

- Tamelijk ideale leeromgeving (motiverend, authentiek, gericht op toepassing)
- Maar, veel niet optimale processen
 - Directe observatie/feedback
 - Supervisie
 - Veel taken met weinig leerwaarde
 - Toevallige patiëntenmix
 - Leren van bijna ongelukken
 - Shock of practice
 - Rolmodellen niet altijd even ideaal
 - Weinig aandacht generieke competenties...



Faculty of Health Medicine & Life Sciences – Department of Educational Development and Research

9

Maastricht University *Leading in Learning!*

Gevolgen voor werkplekleren

- Leren is niet een kwestie van een cursus volgen
- Meer structuur in inhoud van werkplek
- Meer aandacht voor:
 - Reflectie
 - Feedback
 - Rolmodel/Docentfunctie
 - Niet-domein gebonden competenties

Faculty of Health Medicine & Life Sciences – Department of Educational Development and Research

10

Maastricht University *Leading in Learning!*

Rol van toetsing hierin



- Certificerende rol
- Maatschappelijke verantwoording
- Vormende rol
- Bekrachtigende rol

Faculty of Health Medicine & Life Sciences – Department of Educational Development and Research

11

Maastricht University *Leading in Learning!*

Overzicht van presentatie

- Ontwikkelingen in het onderwijs (waarom doen we dit nou allemaal?)
- Inzichten in toetsing
- Lessen voor toetsing op de werkplek

Faculty of Health Medicine & Life Sciences – Department of Educational Development and Research

12

Maastricht University *Leading in Learning!*

Inzichten in toetsing

- Competentie is multi-dimensioneel

Faculty of Health Medicine & Life Sciences – Department of Educational Development and Research

Een eenvoudig competentie model

Miller GE. The assessment of clinical skills/competence/performance. Academic Medicine (Supplement) 1990; 65: S63-S7.

13

Een eenvoudig competentie model

Miller GE. The assessment of clinical skills/competence/performance. Academic Medicine (Supplement) 1990; 65: S63-S7.

14

De beklimming.....

Faculty of Health Medicine & Life Sciences – Department of Educational Development and Research

15

Inzichten in toetsing

- Competentie is multi-dimensioneel
- Competentie is specifiek

Faculty of Health Medicine & Life Sciences – Department of Educational Development and Research

16

Betrouwbaarheid als functie van toetstijd

Toets-Tijd in Hours	MCQ ¹	Korte casus gerichte Essay ²	PMP ¹	Monde-Patient ling ³ examen	OSCE ⁵	KKB ⁶	Praktijk Video Observatie ⁷	In-cognito SPs ⁸
1	0.62	0.68	0.36	0.50	0.60	0.54	0.73	0.62
2	0.76	0.73	0.53	0.69	0.75	0.69	0.84	0.76
4	0.93	0.84	0.69	0.82	0.86	0.82	0.92	0.93
8	0.93	0.82	0.82	0.90	0.90	0.90	0.96	0.93

¹Norcini et al., 1985
²Stalenhoef-Halling et al., 1990
³Swanson, 1987
⁴Ness et al., 2001
⁵Van der Vlieten, 1988
⁶Norcini et al., 1999
⁷Tam et al., 1999
⁸Carter, 2002

Faculty of Health Medicine & Life Sciences – Department of Educational Development and Research

17

Inzichten in toetsing

- Competentie is multi-dimensioneel
- Competentie is specifiek
- Objectiviteit ≠ betrouwbaarheid

Faculty of Health Medicine & Life Sciences – Department of Educational Development and Research

18

Maastricht University *Leading in Learning!*

Betrouwbaarheid mondeling (Swanson, 1987)

Toetstijd in uren	Aantal Casus	Zelfde Examinator voor elke Casus	Andere Examinator voor elke Casus	Twee andere Examinatoren voor elke Casus
1	2	0.31	0.50	0.61
2	4	0.47	0.69	0.76
3	8	0.47	0.82	0.86
4	12	0.48	0.90	0.93

Faculty of Health Medicine & Life Sciences – Department of Educational Development and Research

19

Maastricht University *Leading in Learning!*

Inzichten in toetsing

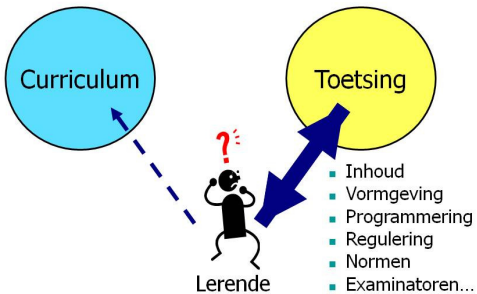
- Competentie is multi-dimensioneel
- Competentie is specifiek
- Objectiviteit ≠ betrouwbaarheid
- Toetsen stuurt het leren

Faculty of Health Medicine & Life Sciences – Department of Educational Development and Research

20

Maastricht University *Leading in Learning!*

Toetsen en leren



- Inhoud
- Vormgeving
- Programmering
- Regulering
- Normen
- Examinatoren...

Faculty of Health Medicine & Life Sciences – Department of Educational Development and Research

21

Maastricht University *Leading in Learning!*

Inzichten in toetsing

- Competentie is multi-dimensioneel
- Competentie is specifiek
- Objectiviteit ≠ betrouwbaarheid
- Toetsen stuurt het leren
- Structurering kent zijn beperkingen

Faculty of Health Medicine & Life Sciences – Department of Educational Development and Research

22

Maastricht University *Leading in Learning!*

Te veel structuur werkt averechts

- Voorbeelden:
 - (Over-)gedetailleerde checklijsten voor stationstoetsing
 - Checklijsten voor professioneel gedrag
- Holistische oordelen werken vaak beter

Faculty of Health Medicine & Life Sciences – Department of Educational Development and Research

23

Maastricht University *Leading in Learning!*

Inzichten in toetsing

- Competentie is multi-dimensioneel
- Competentie is specifiek
- Objectiviteit ≠ betrouwbaarheid
- Toetsen stuurt het leren
- Structurering kent zijn beperkingen
- Kwantitatieve informatie kent zijn beperkingen

Faculty of Health Medicine & Life Sciences – Department of Educational Development and Research

24

25

Maastricht University *Leading in Learning!*

Beperkingen kwantitatieve info

- Niet alles is in scores te vatten (m.n. de meer zachte competenties); sommige zaken zijn beter in woorden uit te drukken
- Scores hebben vaak een beperkte waarde voor feedback
- Scores hebben vaak een pejoratieve betekenis en veroorzaken ongewenste en onbedoelde neveneffecten (score-inflatie, puntenjacht)

Faculty of Health Medicine & Life Sciences – Department of Educational Development and Research

26

Maastricht University *Leading in Learning!*

Inzichten in toetsing

- Competentie is multi-dimensioneel
- Competentie is specifiek
- Objectiviteit ≠ betrouwbaarheid
- Toetsen stuurt het leren
- Structurering kent zijn beperkingen
- Kwantitatieve informatie kent zijn beperkingen
- Waarde van een instrument zit in de gebruiker

Faculty of Health Medicine & Life Sciences – Department of Educational Development and Research

27

Maastricht University *Leading in Learning!*

Gebruikerswaarde van instrumenten

- Maaltijden smaken verschillend ondanks dezelfde ingrediënten
- Toetsinstrumenten hebben nauwelijks generieke kwaliteiten; hun kwaliteit wordt vooral bepaald door de gebruiker
- Dit geldt voor alle niveau's van Miller's piramide, maar zeker voor het 'does' niveau

Faculty of Health Medicine & Life Sciences – Department of Educational Development and Research

28

Maastricht University *Leading in Learning!*

Inzichten in toetsing



- Competentie is multi-dimensioneel
- Competentie is specifiek
- Objectiviteit ≠ betrouwbaarheid
- Toetsen stuurt het leren
- Structurering kent zijn beperkingen
- Kwantitatieve informatie kent zijn beperkingen
- Waarde van een instrument zit in de gebruiker

Faculty of Health Medicine & Life Sciences – Department of Educational Development and Research

29

Maastricht University *Leading in Learning!*

Overzicht van presentatie

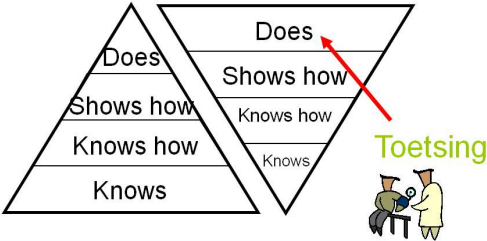
- Ontwikkelingen in het onderwijs (waarom doen we dit nou allemaal?)
- Inzichten in toetsing
- Lessen voor toetsing op de werkplek

Faculty of Health Medicine & Life Sciences – Department of Educational Development and Research

30

Maastricht University *Leading in Learning!*

Leren op de werkplek.....



Faculty of Health Medicine & Life Sciences – Department of Educational Development and Research

31

Maastricht University *Leading in Learning!*

Lessen voor toetsing op de werkplek

- Werkplek is niet gestandaardiseerd, gestructureerd
- Meerdere bronnen van informatie, meerdere methoden, meerdere beoordelaar noodzakelijk
- Toetsing draagt bij aan de tekortkomingen van leren op de werkplek (meer feedback, reflectie, observatie.....)
- Per beoordeling ligt het accent op vorming, dus op feedback (dus ook kwalitatief)
- De aggregatie van beoordelingen is gericht op certificering en externe verantwoording (zonder vorming uit het oog te verliezen)
- De opleiders/beoordelaars bepalen het nut van de toetsing.

Faculty of Health Medicine & Life Sciences – Department of Educational Development and Research

32

Maastricht University *Leading in Learning!*

Instrumenten voor 'does' niveau

- Korte Klinische Beoordeling
- 360-graden feedback
- OSATS
- Opdrachtverslagen (CAT, PICO)
- Verslaglegging, brieven
- Statusnabespreking
- Onaangekondigde simulatiepatiënten
- Praktijk audits
- Voorschrijfgedrag
- Patiëntuitkomsten
-

Dossier

Portfolio

zelfbeoordeling en reflectie

externe beoordelingen

leerplannen

Faculty of Health Medicine & Life Sciences – Department of Educational Development and Research

33

Maastricht University *Leading in Learning!*

“It may not be a perfect wheel, but it’s a state-of-the-art wheel.”



Faculty of Health Medicine & Life Sciences – Department of Educational Development and Research

7. Handouts: "werkplek beoordelingen / KPB"

 Maastricht University *Leading in Learning!*

3 soorten werkplekbeoordelingen

- Single encounter beoordelingen (Korte Klinische beoordeling, Mini-CEX, OSATS, DOPS, Mini-PAT.....)
- Past behaviour methods (360⁰ feedback, MSF, ITER.....)
- Aggregation methods (Portfolio, logboek, dossiers, verrichtingenlijsten.....)

1 Faculty of Health Medicine & Life Sciences – Department of Educational Development and Research

 Maastricht University *Leading in Learning!*

Lessen single-encounter beoordelingen

- Agendeer/focuseer/limiteer
- Feedback is belangrijker dan de eindbeoordeling
- Individueel data-punt is gericht op feedback; de combinatie van informatie gericht op een beslissing
- De dialoog is belangrijker dan het formulier
- De communicatie is vergelijkbaar aan AP communicatie

2 Faculty of Health Medicine & Life Sciences – Department of Educational Development and Research

 Maastricht University *Leading in Learning!*

Lessen single-encounter beoordelingen

- Stimuleer zelfreflectie (socratische methode)
- Liever minder vaak en goed dan vaak en triviaal
- Check of de feedback begrepen is
- Formuleer concrete acties
- Maak notities
- Creëer veiligheid (persoonlijke aandacht, benadruk positieve punten, besteed aandacht aan emoties.....)

3 Faculty of Health Medicine & Life Sciences – Department of Educational Development and Research

8. Handouts: "360 graden feedback"

360-graden feedback

Wat moet je weten voor je eraan begint





1  Universiteit Maastricht

Maastricht University *Leading in Learning!*

360°-feedback



- Meerdere beoordelaars
- Verschillende groepen beoordelaars
- Vragenlijsten
 - Specifiek waarneembaar *gedrag*
 - Impressie over langere tijdsperiode
- Formatieve en summatieve functie

2  Faculty of Health Medicine & Life Sciences – Department of Educational Development and Research

Maastricht University *Leading in Learning!*

360° -feedback -lessons learned

- Kies beoordelaars die voldoende zicht hebben op functioneren
- 6-10 beoordelaars per respondentgroep
 - Meer als het gaat om patiëntoordelen
- Geef AIOS verantwoordelijkheid
 - Maak afspraken over selectie en uitnodigen beoordelaars

3  Faculty of Health Medicine & Life Sciences – Department of Educational Development and Research

Maastricht University *Leading in Learning!*

360° -feedback -lessons learned

- Scores zijn zinloos zonder kwalitatieve informatie
- Feedback leidt tot emoties
 - Feedback heeft niet altijd gewenst effect
- Gun de AIOS tijd
- Stimuleer kritische reflectie op eigen handelen én op feedback
 - Discrepantie zelf-andere(n)?
- Overweeg inzet van moderator / facilitator

4  Faculty of Health Medicine & Life Sciences – Department of Educational Development and Research

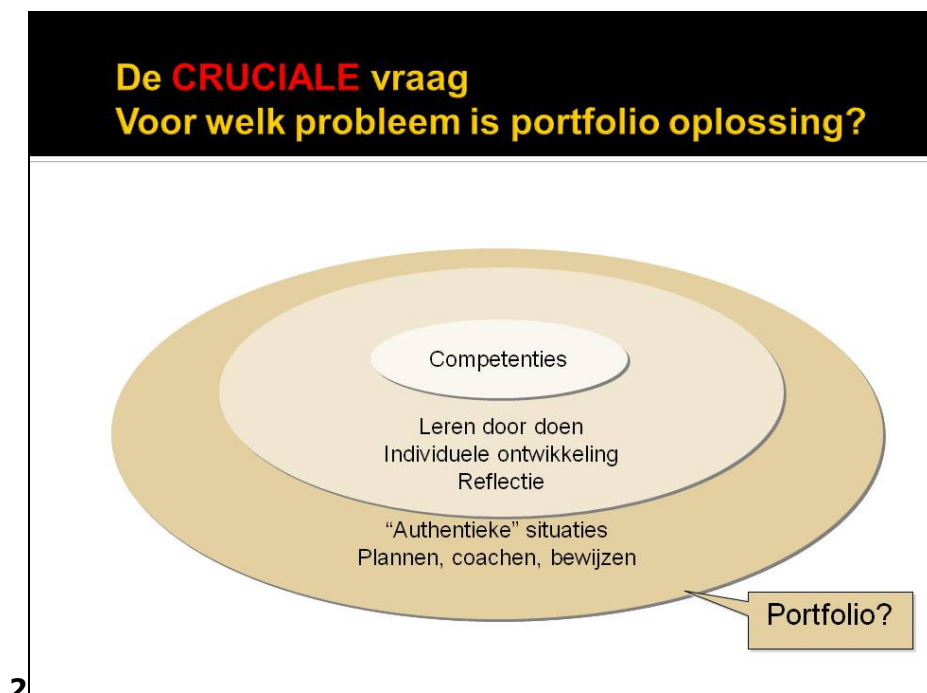
Maastricht University *Leading in Learning!*

360° -feedback -lessons learned

- Bewaak eerlijkheid van beoordelingen, anonimiteit, vertrouwelijkheid en veiligheid
- Zorg voor training van beoordelaars, AIOS
- Bewaak de kwaliteit van de feedback
 - Feedback op de feedback
 - Focus op concrete en specifieke feedback; vraag zonnodig door
 - Focus niet alleen op kritiek- / verbeterpunten
- Zorg voor follow-up
 - SMART geformuleerd actieplan

5  Faculty of Health Medicine & Life Sciences – Department of Educational Development and Research

9. Handouts: "het portfolio in de vervolgopleiding"



Doelen, types, strategieën



3

Evidence

2009; 31: 320-330 **MEDICAL TEACHER**

BEME GUIDE

The effectiveness of portfolios for post-graduate assessment and education: BEME Guide No 12

CLAIRE TOOHEL, ALEX HAIG, ANNE HESKETH, ANN CADZOW, KAREN BEGGS, IAIN COLTHART & HEATHER PEACOCK
NHS Education for Scotland, UK

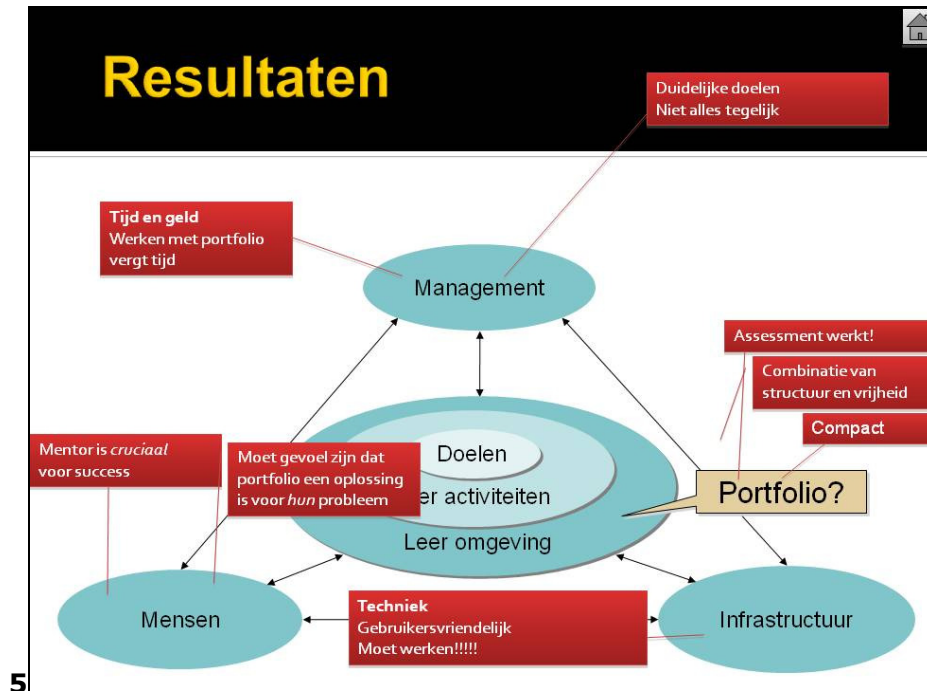
Abstract

Background: Portfolios in post-graduate healthcare education are used to support reflective practice, deliver summative assessment, aid knowledge management processes and are seen as a key connection between learning at organisational and individual levels. This systematic review draws together the evidence on the effectiveness of portfolios across postgraduate healthcare and examines the implications of portfolios migrating from paper to an electronic medium across all professional settings.

Methods: A literature search was conducted for articles describing the use of a portfolio for learning in a work or professional study environment. It was designed for high sensitivity and conducted across a wide range of published and unpublished sources relevant to professional education. No limits for study design or outcomes, country of origin or language were set. Blinded, paired quality rating was carried out, and detailed appraisal of and data extraction from included articles was managed using an online tool developed specifically for the review. Findings were discussed in-depth by the team, to identify and group pertinent themes when answering the research questions.

Results: Fifty six articles from 10 countries involving seven healthcare professions met our inclusion criteria and minimum quality threshold; mostly uncontrolled observational studies. Portfolios encouraged reflection in some groups, and facilitated engagement with learning. There was limited evidence of the influence of a number of factors on portfolio use, including ongoing support from mentors or peers, implementation method, user attitude and level of initial training. Confounding variables underlying these issues, however have not been fully investigated. A number of authors explored the reliability and validity of portfolios for summative assessment but reports of accuracy across the disparate evidence base varied. Links to competency and Quality Assurance frameworks have been demonstrated. There were conflicting reports about whether the different purposes of portfolios can be

4



- ## Een realistische visie op portfolio
- Een "slank" portfolio dat betekenis heeft voor het leren
 - Maak het persoonlijk voor de AIOS
 - Focus op die zaken die van belang zijn voor de AIOS
 - Definieer en communiceer de doelen
 - Maak heldere afspraken over wat u wilt bereiken
 - Zorg voor adequate begeleiding door opleider/mentor
- 6

10. Evaluatieformulier

Evaluatie deelnemer

Training toetsen op de werkplek

S.v.p. in te vullen door de deelnemer, omcirkelen wat van toepassing is:

vakgroep:	1. klinisch	
	2. huisartsgeneeskunde	
	3. biomedisch	
	4. gedragswetenschappelijk	(DE)
	5. overig	(1)

Instructie:

U treft hieronder een korte vragenlijst aan, waarin wij u vragen naar uw waardering van de verschillende onderdelen van deze training in termen van hoe leerzaam u het vond.

De vragen worden gescoord via een 5-punt schaal:

1. volledig oneens; 2. oneens; 3. eens noch oneens; 4. eens; 5. volledig eens

OMCIRKEL het getal dat uw mening per vraagstelling weergeeft.

Waardering onderdelen:		<i>volledig oneens</i>		<i>volledig eens</i>		(DE)	
		1	2	3	4	5	
1.	Het onderdeel toetsing op de werkplek vond ik leerzaam						(2)
2.	Het onderdeel Kort Klinisch beoordelen (KKB) vond ik leerzaam	1	2	3	4	5	(3)
3.	Het onderdeel Portfolio en voortgangsgesprekken vond ik leerzaam	1	2	3	4	5	(4)
4.	Het onderdeel 360 graden feedback vond ik leerzaam	1	2	3	4	5	(5)
5.	Het onderdeel implementatievraagstukken vond ik leerzaam	1	2	3	4	5	(6)
6.	De theoretische intermezzo's vond ik leerzaam	1	2	3	4	5	(7)
7.	Zelf oefenen met de groep vond ik leerzaam	1	2	3	4	5	(8)
8.	Het observeren van oefensituaties bij andere deelnemers vond ik leerzaam	1	2	3	4	5	(9)
9.	De actualiteit van de training vind ik hoog	1	2	3	4	5	(10)
10.	De toepasbaarheid op de werkplek lijkt me hoog	1	2	3	4	5	(11)
11.	Het leerklimaat c.q. de sfeer vond ik aangenaam	1	2	3	4	5	(12)

Instructie: Vragen 12 – 20 zijn gericht op de trainers. Het is de bedoeling dat beide trainers individuele feedback krijgen op hun functioneren.

N.B. Vul de namen van de trainers in op de stippelijntjes.

Naam trainer A:

Naam trainer B:.....

De trainer...	Trainer A						Trainer B					
	<i>volledig oneens</i>			<i>volledig eens</i>	(DE)		<i>volledig oneens</i>			<i>volledig eens</i>	(DE)	
12. ... was uitnodigend en stimulerend	1	2	3	4	5	(13)	1	2	3	4	5	(21)
13. ... gaf leerzame feedback	1	2	3	4	5	(14)	1	2	3	4	5	(22)
14. ... slaagde erin zijn onderwijskundige expertise op een voor de deelnemers begrijpelijke wijze in te brengen	1	2	3	4	5	(15)	1	2	3	4	5	(23)
15. ... liet voldoende ruimte voor discussie in de groep	1	2	3	4	5	(16)	1	2	3	4	5	(24)
16. ... was duidelijk gemotiveerd om de rol van trainer te vervullen	1	2	3	4	5	(17)	1	2	3	4	5	(25)
17. ... slaagde erin een link te leggen naar de praktijk	1	2	3	4	5	(18)	1	2	3	4	5	(26)
18. Geef een schoolcijfer (1-10) voor het functioneren van de trainers	[]					(19-20)	[]					(27-28)
19. Beide trainers vulden elkaar goed aan						<i>volledig oneens</i>		<i>volledig eens</i>	(DE)			
		1	2	3	4	5	3	4	5			(29)

Z.O.Z.

LITERATUUR

Competenties (1)

Bleker, O., T. J. Cate ten, et al. (2004). "De algemene competenties van de medisch specialist in de toekomst." Tijdschrift voor Medisch Onderwijs **23**(1): 4-14.

KKB (1)

Cate ten, T. J. and C. R. M. G. Fluit (2010). "Richtlijn korte praktijkbeoordeling." Tijdschrift voor medisch onderwijs **29** (5): suppl.4, S105-108.

Mentoring (1)

Driessen, E., J. Tartwijk van, et al. (2008). "The self critical doctor: helping students become more reflective." BMJ **336**: 827-830.

Multisource (1)

Horsman, M. A. and T. J. Cate ten (2010). "Richtlijn multisource feedback voor de aios." Tijdschrift voor Medisch Onderwijs **29**(2): suppl.1, 1-3.

toetsen op de werkplek (3)

Busari, J. O., L. G. J. M. Dirksen- de Tombe, et al. (2010). "Richtlijn gebruik portfolio in de vervolgopleidingen." Tijdschrift voor Medisch Onderwijs **29**(6): suppl. 5, S 143-149.

Govaerts, M. J. B., E. Driessen, et al. (2010). "Richtlijnen interpretatie en gebruik van toetsresultaten in het portfolio." Tijdschrift voor Medisch Onderwijs **29**(3): suppl. 3, 73-81.

Lips, J. P., F. Scheele, et al. (2010). "Richtlijn bekwaamverklaringen in de specialistenopleiding." Tijdschrift voor Medisch Onderwijs **29**(2): suppl.2, 53-57.

De algemene competenties van de medisch specialist in de toekomst

O.P. Bleker, Th.J. ten Cate, R.S.G. Holdrinet

Samenvatting

Sinds medio 2002 werkt het Centraal College Medische Specialismen (CCMS) van de KNMG aan de modernisering van de medisch-specialistische opleidingen. Een eerste mijlpaal in dit proces is het vastleggen van algemene competenties die voor iedere specialist gelden en die de inhoudelijke basis moeten worden voor de moderne specialistenopleiding. Het document waarin deze competenties in 2003 zijn vastgelegd is in dit artikel integraal opgenomen. De competenties zijn ontleend aan het model van de 'Canadian Medical Education Directives for Specialists 2000' (CanMEDS 2000), aangepast aan de Nederlandse situatie, onder meer op basis van een rapport van een werkgroep die is uitgegaan van het 'Raamplan Artsopleiding 2001'. In 2006 zullen alle medisch-specialistische opleidingen een programma moeten hebben dat gebaseerd is op deze algemene competenties, waar mogelijk specifiek ingevuld, en zal de beoordeling van assistenten in opleiding gericht moeten zijn op deze competenties. (Bleker OP, Cate ThJ ten, Holdrinet RSG. De algemene competenties van de medisch specialist in de toekomst. Tijdschrift voor Medisch Onderwijs 2004;23(1): 4-14.)

Inleiding

Na ruim een jaar voorbereiding is in september 2003 in het Centraal College Medische Specialismen (CCMS) een nieuw model van eindtermen, geformuleerd als competenties, vastgesteld en voorgeschreven dat vanaf 1 januari 2006 voor alle opleidingen geldig zal zijn. Hieronder volgt integraal de tekst waarin deze algemene competenties zijn vastgelegd,¹ aangevuld met een discussie over de bruikbaarheid ervan.

Tekst van het Centraal College Medische Specialismen

De hervorming van de Nederlandse specialistische opleiding die het College voor ogen heeft is gericht op het bereiken van zorgvuldig geformuleerde eindtermen voor iedere opleiding. Deze eindtermen zijn gedeeltelijk specialisme-gebonden, maar in belangrijke mate ook algemeen

geldig. Het CCMS heeft daarom besloten generale competenties voor alle opleidingen op te stellen, geformuleerd als algemene competenties die de bekwaamheid van de Nederlandse specialist beschrijven. Het is denkbaar dat ook andere medische vervolgoopleidingen van het hier beschreven model gebruik zouden willen maken. Dat lijkt, met beperkte aanpassingen, zeer wel mogelijk.

Met de term competentie wordt bedoeld op een gedragsrepertoire waaruit blijkt dat men toegerust is voor de praktijk of een onderdeel daarvan. Competenties zijn contextgebonden en ondeelbaar, d.w.z. clusters van vaardigheden, kennis, attitudes, eigenschappen en inzichten. Ze zijn verbonden met activiteiten of taken. Ze zijn veranderlijk in de tijd en dus wel leerbaar.² De juridische bedoeling van de term ('bevoegdheid') is hier niet aan de orde.

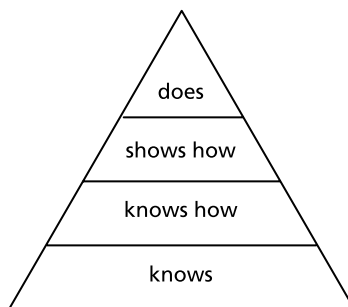
Totstandkoming van de Algemene competenties

Algemene competenties zijn competenties die voor ieder specialisme van toepassing zijn. Bij de totstandkoming van de Algemene competenties is gebruik gemaakt van een advies van een in augustus 2002 ingestelde Werkgroep Algemene Eindtermen die op basis van het Raamplan 2001³ een voorstel⁴ heeft voorbereid én het uit 1996 stammende rapport 'Skills for the New Millennium' van het CanMEDS 2000-project,⁵ waarin een vergelijkbare exercitie in Canada is ingezet als die welke het College voor ogen staat. De Algemene competenties zijn op basis van deze drie documenten geformuleerd door een hiertoe in februari 2003 ingestelde Adviescommissie CCMS. Vervolgens zijn ook het College voor de Sociale Geneeskunde en het College voor de Huisarts- en Verpleeghuisgeneeskunde uitgenodigd zich aan te sluiten bij de algemene competenties.

De Algemene competenties zijn ingedeeld in een zevental competentiegebieden. Deze indeling wordt gevoerd om te komen tot een overzicht van werkbare, begrijpelijke, toetsbare en goed te onthouden competenties.

Terminologie en niveau van eindtermen

Eindtermen beschrijven een wenselijke en duurzame competentie die resultaat is van veelsoortige intentionele leerprocessen. De Algemene competenties beschrijven de eindtermen van de opleidingen als geheel. Eindtermen kunnen op verschillende niveaus gepositioneerd worden. De zogeheten Piramide van Miller⁶ geeft deze niveau-indeling goed weer door te beschrijven waartoe de persoon (specialist of agio) in staat moet zijn.



Figuur 1. De Piramide van Miller.

De beschreven algemene competenties zijn gericht op het hoogste niveau van de piramide ('does') en impliceren dus 'performance' – good practice, bekwaam handelen – in de praktijk. Hiermee zijn de eindtermen geformuleerd als het gedrag dat van de specialist mag worden verwacht. Dit is een stap verder dan het kunnen tonen van kennis en vaardigheden; het gaat om het daadwerkelijk handelen. Het woord 'kunnen' is daarom bij de formulering van de Algemene competenties niet gehanteerd.

Relatie met het Raamplan 2001

In het 'Raamplan Artsopleiding 2001' worden de algemene eindtermen beschreven, gericht op het functioneren als arts. Daarbij worden vier rubrieken onderscheiden waarbinnen een groot aantal specifieke termen gedetailleerd zijn geformuleerd:

1. Medische aspecten.
2. Wetenschappelijke aspecten.
3. Persoonlijke aspecten.
4. Aspecten in relatie tot de maatschappij en het gezondheidszorgsysteem.

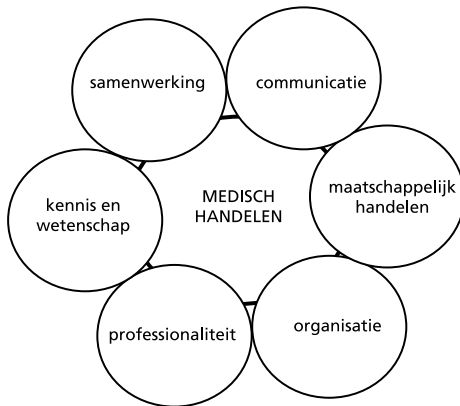
Deze eindtermen die binnen deze rubrieken genoemd worden zijn opnieuw geordend en betrokken bij de opstelling van de Algemene competenties. Het college heeft

aansluiting gevonden bij de eindtermen van het Raamplan 2001, maar heeft ervoor gekozen om af te wijken van de Raamplan-indeling, mede met het oog op de praktische uitvoerbaarheid van een herziening van de specialistische opleidingen, en de toetsbaarheid van de Algemene competenties. Er is daarom gekozen voor scherpe definities van algemene competenties, waar mogelijk gebruikmakend van formuleringen die ook elders vruchtbaar zijn gebleken.

Competentiegebieden

Gekozen is voor een zevental competentiegebieden:

1. Medisch handelen.
2. Communicatie.
3. Samenwerking.
4. Kennis en wetenschap.
5. Maatschappelijk handelen.
6. Organisatie.
7. Professionaliteit.



Figuur 2. Competentiegebieden van de specialist van de toekomst.

Deze competentiegebieden komen in belangrijke mate overeen met de CanMEDS 2000-roles, waarin de functie van de specialist telkens is weergegeven als rol:

(1) Medical Expert / Clinical Decision Maker, (2) Communicator, (3) Collaborator, (4) Scholar, (5) Health Advocate, (6) Manager en (7) Professional. Om linguïstische redenen is ervoor gekozen in de Nederlandse taal geen rol-aanduidingen te hanteren.

Toelichting bij de competentiegebieden en de Algemene competenties

De competentiegebieden zijn toegelicht met een algemene omschrijving. De Algemene competenties zijn geformuleerd in termen van operationeel gedrag. Het gaat hier dus niet meer om een vaardigheid die getoond moet kunnen worden in een beoordelingssituatie, c.q. een mogelijk gedragsrepertoire, maar om het feitelijke gedrag in de praktijk. Een competente specialist is dus niet alleen in staat om, bijvoorbeeld, goed te luisteren (Algemene competentie 2:2), maar doet dit ook in de dagelijkse praktijk. Er is derhalve sprake van competenties die naast een gedragsvermogen een gedragsbereidheid impliceren. Hiermee wordt voldaan aan het streven om competenties te beschrijven op het hoogste niveau van Miller (niveau 'does'). Bij de beoordeling van agio's zal daarom in late opleidingsfasen overwegend sprake moeten zijn van observatie van het competent dagelijks handelen.

1. Medisch handelen

Het medisch handelen vorm het centrale competentiegebied dat gebruik maakt van alle overige competenties. Medisch handelen in enge zin is gericht op vakdeskundige expertise.

Omschrijving van het competentiegebied

De specialist overziet het voor het eigen denken en handelen relevante kennisdomein en kan snel en doelmatig medisch-

wetenschappelijke informatie vinden. Hij of zij voert op een gesystematiseerde wijze een (hetero)anamnese en lichamelijk onderzoek uit en komt op basis hiervan tot rationele hypothesen over mogelijke oorzaken en gevolgen van gedane bevindingen. Hij of zij beheerst de voor algemeen medisch onderzoek en behandeling noodzakelijke handvaardigheden alsmede de vaardigheden noodzakelijk voor acute hulp ter ondersteuning van vitale lichaamsfuncties. Hij of zij stelt in relatie met geformuleerde hypothesen een verantwoord beleid vast ten aanzien van aanvullende diagnostiek, behandeling, patiëntenzorg en preventie. Dit, met respect voor de wensen van de patiënt, zijn of haar familie, en met rekenschap van de gebruikelijke wijze van aanpak zoals die is gebaseerd op een rationele en wetenschappelijk gefundeerde geneeskunde. De specialist maakt waar nodig een passend gebruik van medische technologie en is zich daarbij bewust van de voor- en nadelen die zijn verbonden aan specifieke interventies.

Algemene competenties Medisch handelen

1:1. De specialist bezit adequate kennis en vaardigheid naar de stand van het vakgebied

Dit vormt de basis voor elk medisch handelen. Er hoeft geen sprake te zijn van encyclopedische parate kennis, maar voldoende kennis, inzicht en vaardigheid om doelmatige, hoogwaardige patiëntenzorg te verlenen.

1:2. De specialist past het diagnostisch, therapeutisch en preventief arsenaal van het vakgebied goed en waar mogelijk evidence based toe

Hieronder valt het kunnen definiëren van de hulpvraag, het afnemen van een rele-

vante, beknopte en accurate anamnese, het doelmatig uitvoeren van een doelmatig lichamelijk onderzoek, het uitvoeren van relevante procedures om gegevens te verzamelen, te analyseren en te interpreteren, het opstellen van een gerichte differentiaal diagnose, het stellen van diagnoses en het instellen van de juiste behandeling om het probleem van de patiënt te helpen oplossen.

1:3. De specialist levert effectieve en ethisch verantwoorde patiëntenzorg

Dit impliceert het nemen van de juiste beslissingen in een afweging tussen diagnostische en therapeutische mogelijkheden en hun inperking op grond van de belasting voor de patiënt en andere randvoorwaarden.

1:4. De specialist vindt snel de vereiste informatie en past deze goed toe

Hieronder valt het weten te stellen van de juiste, patiënt-gerelateerde vragen, het systematisch zoeken naar onderbouwing in de literatuur, het kritisch evalueren van medische literatuur en ander bewijs om de klinische besluitvorming te optimaliseren.

2. Communicatie

Omschrijving van het competentiegebied

De specialist verschaft in juiste, begrijpelijke en empathische bewoordingen aan een patiënt (of vertegenwoordiger) de noodzakelijke en gewenste (soms ook onaangename) informatie en betracht voor deze taak de noodzakelijke tijd en geduld. Hij of zij kan in beknopte termen mondeling en schriftelijk verslag doen van een ziektecasus met formulering van (voorlopige) conclusies en resterende vragen ten aanzien van diagnostiek, behandeling en zorgverlening.

Algemene competenties Communicatie

2:1. De specialist bouwt effectieve behandelrelaties met patiënten op

Hieronder valt het vormen en onderhouden van een goede verstandhouding met (familie van) patiënten en het cultiveren van een omgeving die gekenmerkt wordt door begrip, vertrouwen, empathie en verwetrouwelijkheid.

2:2. De specialist luistert goed en verkrijgt doelmatig relevante patiëntinformatie

Hieronder valt het tonen van interesse in de ideeën, zorgen en verwachtingen van de patiënt over het ontstaan, de aard en behandeling van zijn of haar ziekte of probleem. Specialisten zijn in staat om de invloed van factoren als leeftijd, geslacht, etnisch-culturele achtergrond, sociaal netwerk en emotie naar waarde in te schatten.

2:3. De specialist bespreekt medische informatie goed met patiënten en familie

Dit impliceert het vermogen om een patiënt op invoelende wijze en met respect te informeren en te adviseren, en intussen begrip, discussie en de actieve deelname van de patiënt in beslissingen over zijn of haar behandeling te bevorderen. Daaronder valt het kunnen luisteren naar een patiënt om een optimale en consistente patiëntenzorg voor de patiënt en zijn of haar familie te waarborgen. Verder betreft dit het verifiëren van het begrip van de patiënt. Eveneens vraagt dit om het vermogen om duidelijke en accurate dossiers bij te houden. Dit alles geschiedt in overeenstemming met de wettelijke regels die hiervoor bestaan.

2:4. De specialist doet adequaat mondeling en schriftelijk verslag over patiëntencasus

De specialist verschaft tijdens overdrachten en patiëntenbesprekingen een beknopt maar accuraat overzicht over de

problemen van de patiënt, en verklaart en verdedigt waar nodig het ingezette diagnostische en therapeutische beleid, en formuleert duidelijke vraagstellingen voor effectief intercollegiaal overleg.

3. Samenwerking

Omschrijving van het competentiegebied

De specialist toont de eigen beperkingen in kennis, vaardigheden en ervaring te beseffen en demonstreert dit o.a. door de bereidheid tot overleg met collegae c.q. zorgt, in een blijvende sfeer van persoonlijke betrokkenheid en aanvaarde verantwoordelijkheid, voor juiste consultatie of verwijzing. Hij of zij heeft inzicht in de consequenties van het eigen handelen voor andere betrokken professionals rond de patiëntenzorg van de patiënt en functioneert goed in teamverband.

Algemene competenties Samenwerking

3:1. De specialist overlegt doelmatig met collegae en andere zorgverleners

Dit impliceert het vermogen om onderzoek, behandeling en follow-up beleid te ontwikkelen samen met de patiënt en andere zorgverleners. Onder deze aanpak valt het kennen van de rollen en deskundigheid van de andere betrokkenen, het informeren van, en betrekken van de patiënt en zijn of haar familie bij de besluitvorming en het expliciet integreren van de meningen van de patiënt en zorgverleners in de behandelplannen.

3:2. De specialist verwijst adequaat

Dit veronderstelt inzicht in de grenzen van de eigen deskundigheid en mogelijkheden en bekendheid met de mogelijkheden van andere medische zorgdisciplines en deskundigheden van anderen in de patiëntenzorg.

3:3. De specialist levert effectief intercollegiaal consult

Hieronder valt het presenteren van goed onderbouwde evaluaties en aanbevelingen, zowel mondeling als schriftelijk, naar aanleiding van een intercollegiaal consult door een collega of een andere zorgverlener.

3:4. De specialist draagt bij aan effectieve interdisciplinaire samenwerking en ketenzorg

Hieronder valt inzicht in de zorgketen van individuele patiënten, het effectief communiceren met andere zorgverleners en het kennen van activiteiten in ziekenhuizen, praktijken en andere instellingen, zoals commissies, research, onderwijs en kennisverwerving. Het impliceert het onderkennen van de vakgebieden van teamleden, het respecteren van de meningen en rollen van individuele teamleden, het bijdragen aan een gezonde teamontwikkeling en conflictoplossing en het bijdragen aan de taak van het team middels de eigen deskundigheid. Onder deze Algemene competentie valt ook het zorgdragen voor een zorgvuldige overdracht van patiëntinformatie en het nemen van verantwoordelijkheid voor de continuïteit van de zorg voor de patiënt.

4. Kennis en wetenschap

Omschrijving van het competentiegebied

De specialist kan de vele wetenschappelijke aspecten zoals die zijn verweven met de klinische praktijk onderkennen, kritisch beschouwen en waar mogelijk op basis van eigen waarneming en ervaring komen tot vragen voor wetenschappelijk onderzoek en doet aan bij- en nascholing van zich zelf en anderen, conform hedendaagse opvattingen betreffende educatie, kwaliteitszorg en (continue) professionele ontwikkeling.

Algemene competenties Kennis en wetenschap

4:1. De specialist beschouwt medische informatie kritisch

Dit betreft het werken in de geest van wetenschappelijk onderzoek en het gebruiken van rationele onderbouwingen bij klinische besluitvorming. Net als bij Medisch handelen valt hieronder het kunnen stellen van de juiste vragen, het doelmatig zoeken naar, en het beoordelen van de kwaliteit van de onderbouwing in de literatuur en het op de hoogte blijven van de onderbouwde zorgnormen voor de aandoeeningen die in zijn of haar praktijk het meest voorkomen.

4:2. De specialist bevordert de verbreding van en ontwikkelt de wetenschappelijke vakkennis

Hoewel niet elke specialist zelfstandig wetenschappelijk onderzoek zal verrichten, dient hij of zij wel de vaardigheden te hebben om deel te nemen aan gemeenschappelijke researchprojecten, kwaliteitsborging of de ontwikkeling van richtlijnen die relevant zijn voor de klinische praktijk.

4:3. De specialist ontwikkelt en onderhoudt een persoonlijk bij- en nascholingsplan

Dit impliceert het nemen van verantwoordelijkheid om de persoonlijke leerbehoefte vast te stellen. Daaronder valt het stellen van persoonlijke leerdoelen, het kiezen van de geschikte leermethoden en het evalueren van de eigen leerresultaten met het oog op een optimale praktijkvoering.

4:4. De specialist bevordert de deskundigheid van studenten, agio's, collegae, patiënten en andere betrokkenen bij de gezondheidszorg

Hieronder valt het doorgeven van het medisch vak aan volgende generaties via

onderwijs en op andere wijze. Dit impliceert het helpen van anderen hun leerbehoeften en ontwikkelrichting vast te stellen, het geven van opbouwende feedback en het toepassen van de principes van kennisverwerving bij volwassenen in de interactie met studenten, agio's, maar ook met patiënten, collega's en andere betrokkenen bij de gezondheidszorg.

5. Maatschappelijk handelen

Omschrijving van het competentiegebied

Specialisten zijn onderdeel van de maatschappij en moeten zich bewust zijn van hun rol als behartigers van het belang van de volksgezondheid, als reactie op de uitdagingen die gesteld worden door de sociale, milieu- en biologische factoren die de gezondheid van patiënten en de samenleving beïnvloeden. De specialist beseft dat deze belangenbehartiging een essentieel onderdeel is van het bevorderen van de gezondheid op het niveau van de patiënt, de praktijk en de gemeenschap. Het bevorderen van de gezondheid is vervat in de individuele en collectieve reacties van specialisten bij het beïnvloeden van de volksgezondheid en het beleid.

Algemene competenties Maatschappelijk handelen

5:1. De specialist kent en herkent de determinanten van ziekte

Hieronder valt het kunnen herkennen, inschatten en reageren op de psychosociale, economische en biologische factoren die de gezondheid van patiënten beïnvloeden. De specialist verwerkt informatie over de bepalende gezondheidsfactoren in de patiëntenzorg van individuele patiënten en van de gemeenschap. Op arts-patiënt-niveau betreft dit (1) het kunnen aanpassen van de behandeling van patiënten en

informatieverstrekking aan patiënten ten einde hun gezondheid te bevorderen en het begrip voor het beleid te vergroten, (2) het leren omgaan met de ziekte te bevorderen en het stimuleren tot een actieve deelname in de medische besluitvorming. Hieronder valt op maatschappelijk niveau (1) het identificeren van risicogroepen en het herkennen van maatschappelijke ontwikkelingen die de volksgezondheid beïnvloeden, (2) het herkennen van relevant overheidsbeleid en (3) het in voorkomende gevallen bijdragen aan beleid dat de volksgezondheid gunstig beïnvloedt.

5:2. De specialist bevordert de gezondheid van patiënten en de gemeenschap als geheel

Hieronder valt het toepassen van medische deskundigheid in situaties die niet te maken hebben met directe patiëntenzorg, bijvoorbeeld bij het afleggen van verklaringen als medisch deskundige en het geven van presentaties.

5:3. De specialist handelt volgens de relevante wettelijke regelgeving

De specialist is op de hoogte van de relevante wettelijke regelgeving en werkt in overeenstemming met de eigen juridische positie en die van patiënten, waaronder die met betrekking tot het beroepsgeheim. Hij of zij onderkent daarbij de gevolgen voor het medisch handelen.

5:4. De specialist treedt adequaat op bij incidenten in de zorg

De specialist herkent incidenten in de patiëntenzorg en onderkent eigen fouten en die van anderen en heeft geleerd deze bespreekbaar en hanteerbaar te maken, met het oog op een adequaat beleid in de gegeven situatie, op de leerzaamheid van het voorval, op preventie in de toekomst en op het belang van de patiënt. De spe-

cialist is bekend met de wijze waarop incidenten lege artis worden gemeld, en weet om te gaan met klachten over de patiëntenzorg.

6. Organisatie

Omschrijving van het competentiegebied
Specialisten functioneren als manager in hun dagelijkse beslissingen over taken, beleid, medewerkers en middelen. Ze doen dit in het kader van individuele patiëntenzorg, praktijkorganisaties, en in de bredere context van het gezondheidszorgsysteem. Derhalve stelt de specialist prioriteiten, voert taken doelmatig uit in teamverband met collega's, en neemt rationele beslissingen bij de inzet van beperkte middelen. Specialisten zijn beschikbaar voor de positie van leider binnen de context van de gezondheidszorgorganisatie. De specialist overziet in deze positie de vele bijkomende belangen en aspecten die in de patiëntenzorg spelen (zoals bijv. administratieve, financieel-economische en beheersmatige) en weet hiermee op ethisch, juridisch en economisch verantwoorde wijze om te gaan.

Algemene competenties Organisatie

6:1. De specialist organiseert het werk naar een balans in patiëntenzorg en persoonlijke ontwikkeling

Hieronder valt het effectief kunnen toepassen van time management en zelf-evaluatie om realistische verwachtingen te formuleren en te komen tot een evenwichtige levensstijl.

6:2. De specialist werkt effectief en doelmatig binnen een gezondheidszorgorganisatie

Dit betreft het hebben van inzicht in de rollen en verantwoordelijkheden van de

specialisten, de organisatie en functioneren van het gezondheidszorgsysteem en het maatschappelijk krachten spel. Hieronder valt het doelmatig in teams met collega's kunnen werken, het leiden van een praktijk en het functioneren binnen bredere managementsystemen in organisaties, zoals ziekenhuiscommissies, of landelijke representatieve functies binnen de gezondheidszorg.

6:3. De specialist besteedt de beschikbare middelen voor de patiëntenzorg verantwoord

Hoewel de belangen van de patiënt altijd centraal staan, impliceert dit het vermogen om grondige afwegingen te maken t.a.v. de toewijzing van middelen op basis van het nut voor de individuele patiënt en de bevolking.

6:4. De specialist gebruikt informatie-technologie voor optimale patiëntenzorg en voor bij- en nascholing

Hieronder valt het gebruik maken van patiënt-gerelateerde databases, elektronische informatie en het inzicht hebben in de principes van medische informatica voor het leveren van optimale patiëntenzorg en voor het onderhouden van de eigen deskundigheid.

7. Professionaliteit

Omschrijving van het competentiegebied
Specialisten hebben een unieke rol in de maatschappij als deskundigen met specifieke kennis, vaardigheden en gedrag die erop gericht zijn de gezondheid en het welzijn van anderen te verbeteren. Specialisten streven de hoogst mogelijke normen na in klinische zorg en ethisch gedrag en streven er tevens naar hun vak-kennis continu te perfectioneren. De specialist komt door middel van morele en

ethische argumenten tot het al dan niet instellen of voortzetten van medische interventies en kan dit verantwoorden. De specialist kan zich voor het goede verstaan van de patiënt inleven in diens vragen, cultuur en levensomstandigheden, maar weet de eigen gevoelens en waarden te onderkennen en deze te scheiden van die van de patiënt. Hij of zij overziet de complexiteit van de begeleiding van patiënten in hun levenseinde en handelt daarin adequaat. Hij of zij reflecteert kritisch op de eigen competentie en professionaliteit.

Algemene competenties Professionaliteit

7:1. De specialist levert hoogstaande patiëntenzorg op integere, oprechte en betrokken wijze

Hieronder valt het zich bewust zijn van het centrale belang van de patiënt. Ook valt hier onder het onderkennen van en omgaan met diversiteit in etnische en culturele achtergronden en met maatschappelijke vraagstukken die invloed hebben op het geven van patiëntenzorg en het op peil houden en verdiepen van de relevante kennis, vaardigheden en professioneel gedrag.

7:2. De specialist vertoont adequaat persoonlijk en interpersoonlijk professioneel gedrag

Hieronder valt het nemen van de verantwoordelijkheid voor persoonlijke handelingen, het zelfbewust zijn, het behouden van de juiste balans tussen persoonlijke en professionele rollen en het aanpakken van intermenselijke verschillen in professionele relaties.

7:3. De specialist kent de grenzen van de eigen competentie en handelt daar binnen
Hieronder valt het nemen van een beslissing over of en wanneer andere deskun-

digen nodig zijn om bij te dragen aan de zorg voor een patiënt.

7:4. De specialist oefent de geneeskunde uit naar de gebruikelijke ethische normen van het beroep

Hieronder valt inzicht in, en het zich houden aan, de ethische en medische gedragsregels, het herkennen van ethische dilemma's en de behoefte aan hulp om ze indien nodig op te lossen, en het kunnen herkennen van, en reageren op onprofessioneel gedrag elders in de klinische praktijk, daarbij rekening houdend met de lokale en landelijke regelgeving.

Discussie

Bij de hoge kwaliteit van het initiële medisch onderwijs in Nederland behoort een samenhangend continuüm met de diverse medische vervolgopleidingen. Nadat met het Raamplan 1994 en 2001 het basiscurriculum is voorzien van eindtermen, is het belangrijk dat ook de vervolgopleidingen eindtermen, nu in de vorm van competenties, vastleggen en dat ook duidelijk wordt hoe de inhoud van beide in elkaars verlengde ligt.

Voortschrijdende specialisatie heeft in het verleden geleid tot het schier eindeloos en onduidelijk oprekken van opleidingen met onvoldoende aandacht voor de leerprocessen van arts-assistenten. Omdat de door de assistent in opleiding bereikte competenties nooit een criterium voor de duur van een opleiding hebben gevormd, is een lange opleiding wel altijd veilig maar niet altijd het best. In dat proces van verlenging en steeds verdere specialisatie zijn ook de algemene, voor alle artsen gemeenschappelijke elementen van de geneeskunde, zoek geraakt. Het streven naar een continuüm in de medische opleiding moet daarom op de aller-eerste plaats betekenen: het hervinden en

het expliciteren van de gemeenschappelijke opleidingsdoelen in de vorm van competenties. Met de hantering van competenties wordt de outcome van de opleiding belangrijker dan de input (maanden stages, aantallen uitgevoerde verrichtingen). Dit kan een positief effect hebben op de opleidingsduur en mogelijk zelfs op een gedifferentieerde duur.⁷

De algemene competenties moeten daarbij niet alleen (of niet zozeer) beschouwd worden als 'een basis' maar als competenties waarin men gedurende het gehele professionele leven groeit en rijpt. Als zodanig kunnen deze competenties blijvend fungeren als ankers voor de organisatie, inrichting en evaluatie van specialistenopleidingen. Ze creëren duidelijkheid voor opleiders, arts-assistenten en de maatschappij; ze fungeren als richtsnoer voor het handelen van de opleiders zelf en de aan hen toevertrouwde arts-assistenten. Het is van belang om leerprocessen naar onderdelen van deze competenties (zoals kennis, vaardigheden en attitudes) alleen of grotendeels te bevorderen door ze ook afzonderlijk, los van de dagelijkse praktijk, een plaats te geven in cursorisch onderwijs. Professionele medische competentie wordt echter overwegend in de praktijk verworven. Een aanpak waarbij de nadruk te zeer valt op formeel of cursorisch leren, bevordert het verkrijgen van professionele competentie maar zeer ten dele en zou er bovendien toe leiden dat het sterk gevoelde tekort van 'handen aan het bed' nog eens drastisch zou toenemen. Voor sommige specifieke kennis- en vaardigheden is cursorisch onderwijs zeker gewenst, wellicht zelfs noodzakelijk, maar het vinden van de juiste maat is van groot belang. Leren in de klinische praktijk blijft het hart van de opleiding; traditioneel wordt daarop in de opleiding van specialisten ook in hoge mate vertrouwd.

Voor het bereiken en beoordelen van competenties in de praktijk zijn primair de leermomenten die al aanwezig zijn in opleidingsklinieken geschikt of geschikt te maken, zoals de 'visite', het bijgewoonde consult, het ochtendrapport, de bespreking van een 'ontslagbrief', de nabespreking van een 'patiëntdemonstratie' en niet te vergeten het gedrag van de opleider zelf (rolmodel) en de ruimte die hij of zij neemt voor reflectie en feedback op zowel het eigen handelen als dat van de arts-assistent. Het spreekt daarbij voor zich dat om feedback en beoordeling te kunnen geven het noodzakelijk is dat de opleider het handelen van de arts-assistent ook voldoende zelf observeert. Nieuwe instrumenten om groeiende competenties en leerprocessen te zien en te beoordelen bieden daarbij de 'korte klinische beoordelingen' en de 'portfolio'.⁸⁻⁹

Het leren in de klinische praktijk is een vorm van leren die niet alleen het lerende individu betreft, maar onlosmakelijk is verweven met de sociale context waarin dit leren plaatsvindt. Het goed opleiden van klinici betekent dat naast aandacht voor de arts-assistent ook aandacht voor 'lerende teams', de 'lerende maatschap' en voor de 'lerende ziekenhuisorganisatie' nodig is. Kortom, het vereist een veranderingsbereid en aanpassingsbereid werkklimaat. Dat is een opdracht die in een medische cultuur waarin lange tijd het gezag, de autoriteit, de competitie en de persoonlijke autonomie het heersende paradigma was, niets meer en niets minder dan een cultuuromslag betekent.

Dankbetuiging

Bij de totstandkoming van de algemene competenties zijn betrokken geweest: dr. P. Blok, dr. J.W. Briët, mr. R. Buys, dr. J. Hoorntje, mr. P. van der Lee, dr. J. Molema, dr. C. Plasmans, prof. dr. R. van

Schilfgaarde, prof. dr. W.J. Schudel, dr. M.F. Schutte, drs. H.M.J. Slot, dr. F. Sprangers en dr. R.J. Stolker.

Literatuur

1. KNMG. Algemene competenties van de medisch specialist -Bijlage 1 bij het Kaderbesluit CCMS, als bedoeld in artikel B.11, eerste lid, onder e. KNMG; oktober 2003.
2. Merriënboer JJG van, Klink MR van der, Hendriks M. Competenties: van complicaties tot compromis. Een studie in opdracht van de Onderwijsraad. Onderwijstechnologisch Expertise- centrum (OTEC), Open Universiteit Nederland. Den Haag: Onderwijsraad; november 2002.
3. Metz JCM, Verbeek-Weel AMM, Huisjes HJ. Raamplan 2001 Artsopleiding; bijgestelde eindtermen van de artsopleiding. Nijmegen: Mediagroep; 2001.
4. Werkgroep Algemene Eindtermen CCMS. Utrecht; februari 2003.
5. CanMEDS 2000 project. Skills for the new millennium: report of the societal needs working group. Ottawa; september 1996. http://rcpsc.medical.org/english/publications/canmed_e.html.
6. Miller GE. The assessment of clinical skills/competence/performance. Acad Med 1990;65(9):S63-7.

7. Long DM. Competency-based residency training: the next advance in graduate medical education. Acad Med 2000;75:1178-83.
8. Holdrinet RSG, Bulte J, Bolhuis S. Opleiden van de specialist van straks. Leermogelijkheden in de kliniek beter benutten. Med Contact 2002;57:1688-90.
9. Cate ThJ ten, Bleker OP, Büller HA, Scherpbier AJJA. Opleiden van medisch specialisten. Achtergronden en praktijk. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum; 2003.

De auteurs:

Prof. dr. O.P. Bleker is voorzitter van het CCMS en hoogleraar Verloskunde-Gynaecologie, Academisch Medisch Centrum te Amsterdam.

Prof. dr. Th.J. ten Cate is wetenschappelijk directeur van het Onderwijsinstituut van het UMC Utrecht en lid van de adviescommissie van het CCMS voor de modernisering van de opleidingen.

Prof. dr. R.S.G. Holdrinet is hoogleraar Ontwikkeling van het Medisch Onderwijs aan het UMC St Radboud te Nijmegen en was in 2002/03 voorzitter van de Werkgroep Algemene Eindtermen van het CCMS.

Correspondentieadres:

Prof. dr. Th.J. ten Cate, Onderwijsinstituut UMC Utrecht, Huispost STR 0.304, Postbus 85060, 3508 AB Utrecht, tel: 030-253 8349, t.j.tencate@med.uu.nl.

Summary

Since 2001 the Dutch Central College of Medical Specialities of the Royal Dutch Medical Association has been making preparations for the modernisation of all postgraduate specialty training programmes. A first landmark is the definition of general competencies for all specialties to guide the development of educational programmes in the different specialties. This article contains the full text of the document, published in 2003, in which those competencies are described. The competencies are based on the CanMEDS 2000 model with adjustments to adapt them to the specific requirements of the Dutch situation. One of the sources for these adjustments was a report that analysed the Dutch Blueprint of Objectives for Undergraduate Medical Training published in 2001. By 2006 all postgraduate specialty training programmes will have to be targeted at training and assessment of the above-mentioned general competencies and, wherever possible, of additional, discipline-related competencies. (Bleker OP, Ten Cate ThJ, Holdrinet RSG. General competencies of the future medical specialist. Dutch Journal of Medical Education 2004;23(1):4-14.)

Richtlijn korte praktijkbeoordeling

Th.J. ten Cate, C.R.M.G. Fluit

Voorwoord

De opdracht tot het ontwerpen van een In VIVO Richtlijn korte praktijkbeoordeling (KPB) is verleend aan de In VIVO kern-teams van Utrecht en Nijmegen. De Richtlijn is ontworpen door een kleine projectgroep, bestaande uit prof. dr. Olle ten Cate (UMC Utrecht) en drs. Lia Fluit (UMC St Radboud Nijmegen) met medewerking, in het bijzonder voor het literatuuronderzoek, van Femke ten Velde en Anneke Sterkenburg (UMC Utrecht), Els Pelgrim en Laura Spinnewijn (UMC St Radboud Nijmegen). De tekst is vervolgens commentariseerd door de In VIVO kernteams van de Onderwijs- en Opleidingsregio (OOR) Utrecht en de OOR Nijmegen, door het Projectteam In VIVO en door de Reviewcommissie Richtlijnen van de NVMO.

De projectgroep heeft zich voor het opstellen van deze Richtlijn gebaseerd op de nationale en internationale literatuur, op een inventarisatie van bestaande toepassingen van de KPB in Nederland en op eigen ervaringen en gesprekken met betrokkenen bij het gebruik van de KPB.

Status van de Richtlijn

Deze Richtlijn is bedoeld als hulp bij het omgaan met KPB's, en is zoveel mogelijk gebaseerd op argumentatie uit de literatuur en de praktijk. Omdat in Nederland het werken met KPB's pas enkele jaren gebruikelijk is, is het noodzakelijk de Richtlijn ook in de toekomst verder te blijven ontwikkelen.

Er is een wisselwerking tussen de status van deze Richtlijn en de modernise-

ring van de beoordelingsprocedures in de vervolgopleidingen. De modernisering van deze opleidingen is een dynamisch proces dat niet 'af' is bij de vaststelling van de nieuwe curricula. Dat geldt ook voor de wijze van het beoordelen van de artsen in opleiding tot specialist (aios). Wij hopen dat in de toekomst deze Richtlijn de verdere ontwikkeling en verfijning van procedures, in het bijzonder de toepassingen van de KPB, zal faciliteren.

Het eerste deel is de feitelijke richtlijn; het tweede deel van dit document vormt de verantwoording. Het format is ontleend aan de standaarden van het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG).

Definitie en eisen van de KNMG

In het kaderbesluit van het Centraal College Medische Specialismen (CCMS) 2009 staat de KPB omschreven als een instrument om gestructureerde feedback te geven op een taak die in de praktische setting wordt uitgevoerd. Voorbeelden van een KPB zijn een (poli)klinisch consult, een technische ingreep, het omgaan met medewerkers, multidisciplinair overleg (MDO) en het beoordelen van een bipt of beeldopname.

Vanaf 1 januari 2011 moeten bij iedere aios minimaal tien KPB's per jaar worden afgenomen. Deze KPB's worden verzameld in het portfolio van de aios. Ieder specialisme heeft een eigen opleidingsplan waarin vastgelegd is wanneer en op welke wijze de KPB wordt ingezet. Een aantal opleidingen heeft een eigen KPB formulier of meerdere KPB formulieren voor verschillende situaties opgenomen in

het opleidingsplan, andere hanteren een standaardformulier. Er is reglementair echter vrijheid in het ontwerp en toepassing van de KPB. Deze Richtlijn is bedoeld als houvast in het ontwerp en de toepassing.

De KPB heeft vijf kenmerken en kan daarmee gedefinieerd worden als een:

- directe observatie van het optreden van een aios,
- in een natuurlijke werksituatie in de (patiënten)zorg,
- gedurende vijf tot vijftien minuten,
- gevolgd door een korte schriftelijke vastlegging van het oordeel,
- en direct gevolgd door een kort feedbackgesprek.

Doel en functie van de korte praktijkbeoordeling

Het doel van de KPB is het kunnen beoordelen wat een aios in een specifieke werksituatie kan. De combinatie van de vijf kenmerken onderscheidt de KPB van andere beoordelingen, zoals bij examensituaties, bij simulaties, bij schriftelijke toetsingen en bij multisource feedback. De KPB is bij uitstek een instrument om op het hoogste van de vier niveaus van Miller (knows, knows how, shows how, en *does*) een beeld te krijgen van de aios op basis waarvan feedback gegeven kan worden over diens competentie. Het geeft 'snapshots' uit de praktijk en heeft vooral waarde indien er meerdere KPB's worden uitgevoerd bij dezelfde aios. De KPB maakt gebruik van een formulier met verschillende competentiedomeinen waarop de aios beoordeeld kan worden. De KPB is ontleend aan de mini-CEX (Mini Clinical Evaluation Exercise), begin jaren negentig ontwikkeld in Amerika door internisten en gericht op het in de praktijk observeren en beoordelen van vaardigheden van aios.

De KPB heeft primair een formatief doel: ze geeft de aios informatie en feed-

back over zowel sterke punten als verbeterpunten ten aanzien van de klinische competentie. Maar meerdere KPB's kunnen samen ook een summatief doel dienen, vooral in combinatie met informatie uit kennistoetsen, multisource feedback, scores op Critically Appraised Topic (CAT) procedures, Objective Structured Assessment of Technical Skills (OSATS) scores en uit andere bronnen, gericht op het nemen van beslissingen over de opleidingsvoortgang. Het baseren van summatieve beslissingen op uitsluitend KPB's is echter af te raden, zeker bij ongetrainde beoordelaars, vanwege de beperkte betrouwbaarheid.

Situaties waarvoor de korte praktijkbeoordeling geschikt is

Bij een KPB wordt de aios beoordeeld op het handelen in de dagelijkse praktijk: hier moet competentie blijken. Het kan om uiteenlopende activiteiten gaan, zoals een klinisch consult bij opname of poli, een zaalvisitatie, een technische verrichting en functieonderzoek, een technische handeling binnen de OK, een patiëntpresentatie bij het ochtendrapport of overdracht, specifieke gesprekken met patiënten of familie, een intercollegiaal overleg, het voorzitten van mono- of multidisciplinair overleg of een andere activiteit, etc. De dienst biedt vaak goede mogelijkheden om een KPB af te nemen.

De methode leent zich voor de koppeling van korte observaties aan die elementen die voor de opleiding als kritische activiteiten zijn aangemerkt, c.q. aan wat ook wel wordt genoemd 'entrustable professional activities', activiteiten die op een bepaald moment tijdens de opleiding aan een aios voor zelfstandige uitvoering moeten kunnen worden toevertrouwd. Deze activiteiten zijn vaak patiëntgebonden en kunnen geschikt zijn voor een KPB.

Het CCMS kaderbesluit van 2009 noemt ook het beoordelen van een techni-

sche ingreep geschikt voor de KPB. Hiervoor is door een aantal verenigingen ook een OSATS formulier in gebruik genomen. Voor het gebruik van OSATS in de praktijk is een aparte Richtlijn ontwikkeld. De principes van het beoordelen van een technische handeling verschillen echter niet wezenlijk met die van andere praktijksituaties. In zijn algemeenheid geldt dat alle situaties, waarin door korte, directe observaties een goed beeld kan worden gekregen van de kwaliteit van handelen, zich in beginsel lenen voor een KPB.

Betrouwbaarheid, validiteit en aantal korte praktijkbeoordelingen

De validiteit van KPB's wordt in het algemeen als goed beschouwd, omdat ze de werkelijkheid optimaal benadert. De betrouwbaarheid van een score op één enkele KPB is laag; om enigszins betrouwbare uitspraken te kunnen doen zijn dus meerdere oordelen nodig. Uit onderzoek komt niet eenduidig naar voren hoeveel KPB's hiervoor nodig zijn; dit varieert in de literatuur van zeven tot vijftig per jaar. De minimumeis in het kaderbesluit van de CCMS van tien per jaar kan beschouwd worden als ondergrens voor een betrouwbaar en valide oordeel over de aios, mits de procedure zorgvuldig is gehanteerd.

Welke competenties worden beoordeeld met een korte praktijkbeoordeling?

Met een KPB worden competenties van de aios beoordeeld. Welke competenties dat zijn is mede afhankelijk van de situatie waarin een KPB wordt afgenomen. De diversiteit in beoordelingssituaties en te beoordelen activiteiten hebben geleid tot het ontstaan van uiteenlopende KPB formulieren. Er is niet één 'correct' KPB formulier. De KPB is veeleer een methode,

waarvoor verschillende formulieren ontworpen kunnen worden. In Tabel 2 (zie deel II -Achtergronden bij deze Richtlijn) zijn acht situaties en ruim vijftig vaardigheden, c.q. aspecten van een competentie in verscheidene klinische praktijksituaties weergegeven. Selecties hieruit kunnen in verschillende varianten van het KPB formulier worden opgenomen. Een koppeling van deze aspecten aan de CanMEDS (Canadian Medical Education Directions for Specialists) competentiegebieden op het formulier wordt aangeraden.

Het is belangrijk niet teveel te willen bespreken na een KPB. Mede gezien de beperkte tijd voor de feedback is het raadzaam om per KPB de beoordeling en de feedback tot maximaal drie competentieaspecten te beperken.

De beoordelaars

Opleiders, superviserende stafleden en afdelingshoofden kunnen bij een KPB als beoordelaar fungeren. Belangrijk is dat een aios door verschillende beoordelaars wordt beoordeeld. Clinici verschillen onderling en juist dat kan leerzaam zijn voor de aios. Het trainen van beoordelaars vergroot de betrouwbaarheid van het beoordelen.

Ook een ouderejaars aios kan een KPB invullen. De Medisch Specialisten Registratie Commissie (MSRC) zal een aios mogelijk niet als beoordelaar erkennen, maar wel als de beoordeling gesuperviseerd wordt. Dit biedt de aios de mogelijkheid te oefenen in het intercollegiaal beoordelen en in het feedback geven, hetgeen past bij het competentiegebied 'kennis en wetenschap'.

Praktische aspecten

KPB's zijn geschikt gedurende de gehele vervolgopleiding én voor het klinische gedeelte van de basisartsopleiding. Het is een korte observatie die minimaal vijf

maar meestal tien tot vijftien minuten duurt waarna feedback plaatsvindt. In de regel wordt vooraf afgesproken dat een KPB wordt afgenomen, maar een KPB kan ook 'spontaan' afgenomen worden als daartoe aanleiding is.

In de praktijk kan het verstandig zijn de KPB in te plannen in het rooster en maximaal een half uur te reserveren voor de KPB, mede afhankelijk van de soort KPB. De aios, het staflid en soms ook de patiënt moeten goed op de hoogte zijn van de procedure. Het staflid kan het best buiten het gezichtsveld van de patiënt blijven; een video- of webcamopname is een goed alternatief. Voordelen hiervan zijn dat de beoordeling op een flexibel moment kan geschieden en ook dat de aios zichzelf kan terugzien. Het geven van constructieve feedback is een vaardigheid waarvoor training nuttig is. De zogeheten Pendleton regels ('wat gaat goed, wat kan beter') vormen geen gouden standaard, maar zijn wel een geschikt houvast voor het geven van feedback. Goede feedback is voorts specifiek, persoonlijk en wordt onder veilige omstandigheden verstrekt, met vermijden van onnodig gezichtsverlies.

Het formulier

Er bestaan veel varianten van het KPB formulier, vooral omdat situaties die voor een KPB geschikt zijn per opleiding en binnen opleidingen verschillen. Ook persoonlijke voorkeuren voor de KPB procedure spelen een rol. Minimaal bevat ieder KPB formulier een identificatie/naam van de aios en de beoordelaar, datum, setting of situatieaanduiding, lijst met te beoordelen aspecten van het handelen, en ruimte voor schriftelijke feedback, in het bijzonder voor suggesties voor verdere ontwikkeling. Optioneel zijn scoringsopaties met schaalwaarden, opleidingsstadium van de aios, type patiënt of type

handeling, toelichting per beoordelingsaspect, instructie voor invulling van het formulier en plaats voor een handtekening van beoordelaar en aios.

Relatie tot portfolio, voortgangsgesprek en bekwaamverklaringen

De functie van KPB's voor bekwaamverklaringen voor specifieke professionele activiteiten in de opleiding en voor gebruik in het portfolio, is beschreven in twee afzonderlijke Richtlijnen, verschenen als supplement 2 en 3 bij het Tijdschrift voor Medisch Onderwijs. Stafleden en aios kunnen situaties kiezen voor een KPB die zich lenen voor een beoordeling of herbeoordeling van aandachtspunten en verbeterpunten die in een portfolio zijn vastgelegd. Het portfolio vormt de basis voor de verplichte voortgangsgesprekken tijdens de opleiding.

Invoering van korte praktijkbeoordelingen als systeem en training van klinische staf

Voor een succesvolle uitvoering van de KPB methode is het bewust benutten van diverse praktijksituaties om een KPB af te nemen van belang. Dat betekent een actieve houding van zowel de aios als het opleidingsteam, een goede planning van opleidingsactiviteiten, goede informatievoorziening naar alle betrokkenen en training van klinische staf en aios. De KPB vereist vaardigheid in observatie, in beoordeling en in feedbackverstrekking, waarvoor training sterk wordt geadviseerd.

TEACHING ROUNDS

The self critical doctor: helping students become more reflective

Erik Driessen,¹ Jan van Tartwijk,² Tim Dornan³

Reflection underpins learning from experience, so how do you foster reflection in your students? This article explores the best ways to do this

Whether or not “experience” means “making the same mistakes with increasing confidence over an impressive number of years”¹ depends on how self analytical and critical you are. When you speak of your students needing to be “more reflective” you mean they should let their future behaviour be guided by systematic and critical evaluation and analysis of actions and beliefs and the assumptions that underlie them.² All UK doctors are now expected to make reflection a critical foundation of their lifelong learning³ on the assumption that patients will benefit.⁴ This emphasis on reflective learning in medical education is relatively new, and certainly no hard evidence exists yet that patients benefit directly from doctors’ reflective learning.⁵

However, evidence suggests that reflection could help students to learn from their experiences. A study in postgraduate medical education found that reflection plays a vital role in helping junior doctors to learn from clinical experiences.⁶ Acquiring reflective learning skills helped undergraduate medical students to identify their learning needs and stimulated learning that focused on comprehension and understanding.⁷ Research in the fields of expertise development,⁸ nurse training,⁹ and teacher education¹⁰ provides evidence that reflection is important for learning from experience.

Students do not adopt reflective learning habits spontaneously,¹¹ so teachers must help them. In this article we suggest how to teach reflective learning—that is, how to foster reflective skills. The teaching methods are based on published studies,^{8,12} the recommendations of leading medical educators,¹³ and experience from

Defining reflection

Reflection means letting future behaviour be guided by a systematic and critical analysis of past actions and their consequences

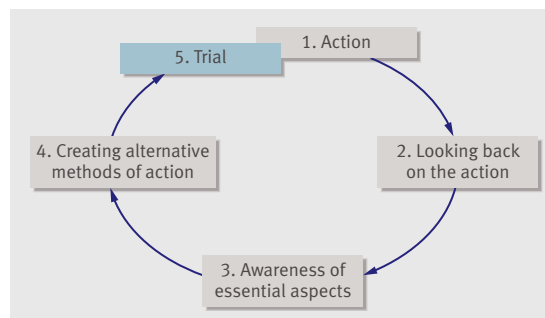
Box 1 Case scenario: Victor

Victor, a student under your supervision, can be cold and abrupt with some patients. He is a good doctor, and you are sure he could be a better communicator. You have spoken to him about this problem, but Victor fails to understand what is going wrong. How do you encourage him to be more reflective?

training clinical teachers, students, and junior doctors internationally. Box 1 outlines a scenario in which a student may benefit from reflective learning.

Prerequisites for reflection in clinical settings

To become a better communicator, your brusque student, Victor, needs time to reflect and a safe, open atmosphere¹⁴—two things that may be missing in the nonsense climate of a busy clinical workplace. You can create moments for reflection by using the time efficient “one-minute preceptor” microskills, which provide for making a diagnosis, teaching new knowledge, and providing feedback in five quick steps.¹⁵ If Victor becomes defensive, you could make the situation safer by emphasising that it is a learning situation, implying that perfection is not (yet) required, and you could model reflection by describing one of your own communication mishaps. You should also schedule a one to one debriefing at a later time because good mentoring needs protected time as well as opportunistic contact.



ALACT model showing the phases of spiral professional development

¹Department of Educational Development and Research, Faculty of Health, Medicine and Life Sciences, Maastricht University, Maastricht, the Netherlands

²CLON Graduate School of Teaching, Leiden University, Leiden, the Netherlands

³University of Manchester and Salford Royal Hospitals, Hope Hospital, Salford M6 8HD

Correspondence to: E Driessen e.driessen@educ.unimaas.nl

BMJ 2008;336:827-30

doi:10.1136/bmj.39503.608032.AD

This series provides an update on practical teaching methods for busy clinicians who teach. The series advisers are Peter Cantillon, senior lecturer in the department of general practice at the National University of Ireland, Galway, Ireland; and Yvonne Steinert, professor of family medicine, associate dean for faculty development, and director of the Centre for Medical Education at McGill University, Montreal, Canada.

Box 2 Portfolios

- Portfolios are instruments to promote reflection. Compiled by learners themselves, they contain evidence of how goals were met and competence progressed
- They contain, for example, reports and presentations made by students themselves, feedback, assessments, and context descriptions
- Often, they also include students' own written self assessments, analyses of task performance, and plans for improving competence
- Portfolios may be digital or paper based, and their content may be prescribed or left to students' discretion
- A recent literature review shows a flexible format to be preferable.²⁰ Too much prescribed content and too many detailed directions about how to compile and present the portfolio, can easily result in the feeling that compiling a portfolio has to do more with bureaucracy than with learning and may force learners to search for content outside their own experiences

Critical self assessment and the identification of learning needs is fundamental to reflective learning; however, students from a traditional apprenticeship background may find it unfamiliar and threatening.¹⁰ Moreover, research shows inherent limitations in self assessment.¹⁶ External sources of information, such as practice guidelines and feedback, can enhance it,^{17 18} but students need more than self assessment to identify their learning needs, hence the need for mentoring and the use of a portfolio (box 2).¹⁹

Teaching tips

Provide challenges, not impossible or monotonous missions—When giving students a task, strike a balance between what they can easily handle and what will stretch them

Give explicit attention to reflection—Reflection is not intuitive. Train learners to reflect by going through a routine like the one proposed in this article. Information supporting self assessment can be gathered systematically in a portfolio or by audit

Emphasise students' strengths—Urge students to take advantage of their strengths. Learning what made an action successful is just as valid a product of reflection as learning from a mistake

Ask questions rather than give answers—To become lifelong learners, students have to learn to be independent reflectors. Asking questions is a better way of helping a student to develop reflective skills than giving answers. Questions that stimulate critical thought are most helpful (what are your strengths? what needs to be improved?)

Stimulate "concreteness"—Teachers must help students not to get lost in generalities or vagueness. Ask questions that stimulate concreteness (what did you do? what did you want to find out?)

Allow students to make mistakes in a safe supervisory framework—Being a learner means that his or her performance is not yet perfect. Students will only reflect if they feel they can assess their own actions without having to worry that their self diagnosed failure will be used against them

Teaching methods for fostering students' reflective skills

Korthagen and colleagues designed the "ALACT" (Action, Looking back, Awareness, Creating, Trial) model to describe the spiralling process that effective learners go through when faced with a situation for which no routine solution is available (figure).¹⁰

Discussion of "significant incidents," audit, peer mentoring, and use of a portfolio can all be used to support the ALACT model. Here we build on Korthagen and colleagues' work¹⁰ to provide step by step recommendations.

Action

The reflection cycle starts with action. You could help a student such as Victor to improve his existing routines and concurrently acquire new ones by pre-selecting a mixture of clinic patients who are more or less easy to communicate with. Ericsson's research predicts that

Box 4 How Victor can analyse and change his behaviour

Victor's "SMART" objective is to observe his experienced teacher in five consultations with patients with unexplained symptoms. He gives a debriefing on them to his teacher and decides which communication skills he wants to develop. He applies those skills in subsequent consultations and, after four weeks, asks to be observed in two consultations.

Box 3 Review of Victor's portfolio

Evidence of poor communication

- A patient with chronic fatigue syndrome refused to be seen by Victor on an outpatient follow-up visit
- Victor scored low on a mini-CEX because he failed to explain to a patient with analgesic induced headaches why the headaches were occurring

Helping Victor to analyse his behaviour

The portfolio also shows that other patients were very positive about their encounter with Victor. His written self assessment shows he is troubled by the negative evaluations but blames them on the particular circumstances of those consultations.

In a one to one meeting with Victor, you contrast his warm, empathic communication with a patient with terminal cancer with the situations in which his communication skills were less effective. You want him to analyse the differences between his better consultations and those that were less successful. You do this by asking questions such as:

- "Do you recognise the feedback that you received?"
- "Do you see similarities?"
- "What are the differences between the situations in which you did well and those in which your communication was poor?"
- "What do you normally do when you have no explanation for a patient's symptoms and in what ways might that come across to a patient?"
- "What did you feel when you had to deal with the problems involving uncertainties?"

From this discussion, Victor realises he has no strategies for dealing with uncertain situations, such as patients with no clear diagnosis.

Barriers to and support necessary for reflective learning

	Barriers to reflective learning	How to support reflective learning
General	Students are not used to reflection; lack of time	Help students to structure reflection; don't provide the answers (let the students reflect); schedule one to one meetings; emphasise that reflection is a learning situation
Action	Tasks are too easy or too difficult	Help students obtain experience that supports learning
Looking back on action	Unsafe environment (students will be reluctant to acknowledge mistakes); lack of information	Separate performance from the person (a mistake does not mean the person is a failure); be trustworthy and honest; acknowledge and make success explicit; provide feedback; use "one-minute preceptor" microskills ¹⁶ ; stimulate students to get information from various sources and, for example, put it in a portfolio
Analysis	Student attributes success or failure to circumstances or to others; student regards experiences as incidents and doesn't recognise patterns	Focus on the student's own role in success or failure; stimulate students to take the perspective of the other person; ask "why" questions; "confronting" questions; "generalising" questions; point out inconsistencies in the student's analysis; help students generalise between experiences
Creation of alternative actions	The teacher suggests a solution rather than the student thinking of options for change; or the student formulates irrelevant or vague objectives	Ask students to suggest options for change; stimulate them to formulate their plans and check whether these are in line with their analysis; help them to focus on SMART objectives

expertise will grow not just from weight of experience but also from engaging in activities specifically designed to improve performance.²¹

Looking back on action: self assessment

Encourage Victor to look back on informative patient encounters (positive or negative). Looking back on action can be regarded as self assessment.¹⁹ Victor may not even know that he comes across as cold and brusque until he reviews the evidence of this in his portfolio. Evidence produced by the student can include log books, case reports, clinical data, and research projects. Evidence not produced by the student comes from multisource feedback,²² mini-CEX (that is, a clinical evaluation exercise enabling snapshot observations of performance),²³ direct observation of practical procedures, audits, and case based discussions. However, feedback is of little value without critical analysis by your student.

Awareness of essential aspects: analysis

Analysis is examining the data, seeing patterns, and identifying cause and effect associations. Victor should ask himself: "What are the essential aspects of this experience?" "Why did things happen the way they did?" During appraisals, you can help by kindly, but

persistently, asking the question "why?" Ask questions that help him see discrepancies in his analysis. Help him to see general patterns by asking questions like "Has this happened before?" You review Victor's portfolio and find further evidence of poor communication, and you help him to analyse his behaviour (box 3).

Creating or identifying alternative methods of action: change

After the analysis Victor must now choose alternative methods of action. Your role is to encourage him to consider alternatives, choose one of them, and justify his choice. A SMART (specific, measurable, acceptable, realistic, time bound) action leads into the next cycle of reflective learning (box 4). The table summarises the barriers to and the support necessary for reflective learning.

Conclusion

Reflection underpins learning from experience, but students will not generally do it automatically. As a clinical teacher, your task is to stimulate students to assess and analyse their actions systematically and critically and formulate alternative actions. To do so, you must provide a challenging but safe learning environment, give feedback, and ask the right questions at the right time. As in consultations with patients, the skill is to listen well and ask open questions.

Contributors: All authors contributed to the design and the writing of the paper.

Competing interests: None declared.

Provenance and peer review: Commissioned; externally peer reviewed.

KEY POINTS

Reflection is vital for learning from clinical experiences

Students do not generally adopt reflective learning habits spontaneously, so teachers must help them

Clinical teachers can stimulate students to assess and analyse their actions and devise alternative actions

To do so, they must provide a challenging but safe learning environment, give feedback, and ask the right questions

The skill of the clinical teacher is to listen well and ask open questions

- 1 O'Donnell M. *A sceptic's medical dictionary*. Oxford: Blackwell BMJ Books, 1997.
- 2 Dewey J. *How we think: a restatement of the relation between reflective thinking to the educative process*. Boston: Heath, 1933.
- 3 General Medical Council. *Revalidating doctors: ensuring standards, securing the future*. London: GMC, 2000.
- 4 General Medical Council. *Tomorrow's doctors: recommendations on undergraduate medical education*. 2003. www.gmc-uk.org/education/undergraduate/undergraduate_policy/tomorrows_doctors.asp

- 5 Mamede S, Schmidt HG. The structure of reflective practice in medicine. *Med Educ* 2004;38:1302-8.
- 6 Teunissen PW, Scheele F, Scherpbier AJA, van der Vleuten CPM, Boor K, van Diemen-Steenvoorde JAAM. How residents learn: qualitative evidence for the pivotal role of clinical activities. *Med Educ* 2007;41:763-70.
- 7 Grant A, Kinnersley P, Metcalf E, Pill R, Houston H. Students' views of reflective learning techniques: an efficacy study at a UK medical school. *Med Educ* 2006;40:379-88.
- 8 Ericsson KA, Charness N. Expert performance: its structure and acquisition. *Am Psych* 1994;49:725-46.
- 9 Jarvis P. Reflective practice and nursing. *Nurse Educ* 1992;12:174-81.
- 10 Korthagen FAJ, Kessels J, Koster B, Lagerwerf B, Wubbels T. *Linking theory and practice: the pedagogy of realistic teacher education*. Mahwah, NY: Lawrence Erlbaum Associates, 2001.
- 11 Ertmer PA, Newby TJ. The expert learner: strategic, self-regulated, and reflective. *Instructional Science* 1996;24:1-24.
- 12 Driessen EW, van Tartwijk J, Overeem K, Vermunt JD, van der Vleuten CPM. Conditions for successful use of portfolios for reflection. *Med Educ* 2005;39:1230-5.
- 13 General Medical Council, Royal College of General Practitioners. *Portfolio-based learning in general practice: report of a working group on higher professional education*. London: GMC, 1993. (Occasional paper 63.)
- 14 Branch WT, Paranjape A. Feedback and reflection: teaching methods for clinical settings. *Acad Med* 2002;77:1185-8.
- 15 Aagaard E, Teherani A, Irby D. Effectiveness of the one-minute preceptor model for diagnosing the patient and the learner: proof of concept. *Acad Med* 2004;79:42-9.
- 16 Davis DA, Mazmanian PE, Fordis M, van Harrison R, Thorpe KE, Perrier L. Accuracy of physician self-assessment compared with observed measures of competence: a systematic review. *JAMA* 2006;296:1094-102.
- 17 Hattie J, Timperley H. The power of feedback. *Rev Educ Res* 2007;77:81-112.
- 18 Eva KW, Regehr G. Self-assessment in the health professions: a reformulation and research agenda. *Acad Med* 2005;80:S46-54.
- 19 Van Tartwijk J, Driessen E, Stokking K, van der Vleuten C. Factors influencing the successful introduction of portfolios. *Qual Higher Educ* 2007;13:69-79.
- 20 Driessen E, van Tartwijk J, van der Vleuten C, Wass V. Portfolios in medical education: why do they meet with mixed success? A systematic review. *Med Educ* 2007;41:1224-33.
- 21 Ericsson KA. The influence of experience and deliberate practice on the development of expert performance. In: Ericsson KA, Charness N, Feltovich PJ, Hoffman RR, eds. *The Cambridge handbook of expertise and expert performance*. New York: Cambridge University Press, 2006:683-704.
- 22 Wood L, Hassel A, Whitehouse A, Bullock A, Wall D. A literature review of multi-source feedback systems within and without health services, leading to 10 tips for their successful design. *Med Teach* 2006;28:e185-91.
- 23 Norcini JJ, Blank LL, Duffy FD, Fortna GS. The mini-CEX: a method for assessing clinical skills. *Ann Intern Med* 2003;138:476-81.

LESSON OF THE WEEK

Pulmonary venous stenosis after treatment for atrial fibrillation

P Kojodjojo, T Wong, A R Wright, O M Kon, W Oldfield, P Kanagaratnam, D W Davies, N S Peters

CLINICAL REVIEW p 819

St Mary's Hospital, Imperial College Healthcare NHS Trust, London W2 1NY

Correspondence to: N S Peters
n.peters@imperial.ac.uk

BMJ 2008;336:830-2
doi:10.1136/bmj.39457.764942.47

Pulmonary venous stenosis should be considered in patients presenting with respiratory symptoms after atrial fibrillation ablation

Case reports

Case 1

A 70 year old woman was referred by her general physician to the respiratory clinic with a few days' history of haemoptysis without any associated chest pain, fever, or dyspnoea. The only medical history of note was a successful pulmonary venous isolation procedure for paroxysmal atrial fibrillation in the previous week. She was a lifelong non-smoker and was previously fit and well. Physical examination and routine blood tests were unremarkable. The electrocardiogram showed sinus rhythm. A small (2 cm) opacity was seen on the chest radiography in the left mid-zone. Computed tomography of the thorax and abdomen showed only numerous ill-defined patchy lesions with ground-glass shadowing in the left upper lobe, without any evidence of malignancy. Bronchoscopy showed altered blood in the left upper lobe bronchus, and lavage specimens were negative for malignancy and infection, including tuberculosis. She was treated empirically for an atypical pneumonia.

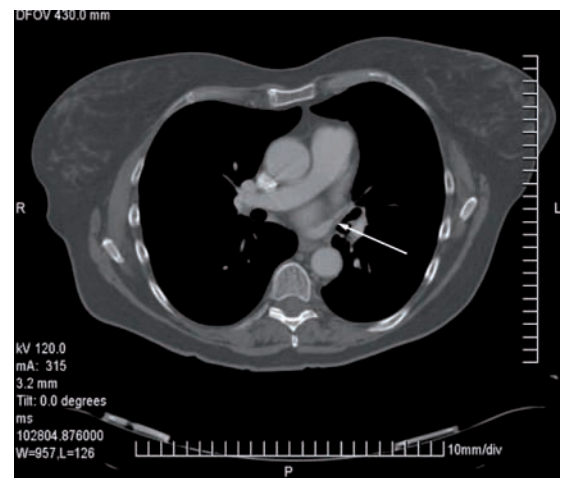


Fig 1 | Computed tomography of chest, showing left upper pulmonary venous stenosis (arrow)

Haemoptysis recurred six weeks later. Further tests including autoantibody screen, aspergillus precipitins, and complement status had negative results. On a repeat scan of the thorax, patchy ground-glass shadowing persisted in the left upper lobe. Bronchoscopy was repeated, with transbronchial biopsies taken from the left upper lobe. Histological examination showed focal occlusion of blood vessels, with recanalisation and presence of haemosiderin-laden macrophages

Richtlijn multisource feedback voor de aios

M.A. Horsman, Th.J. ten Cate

Voorwoord

De opdracht tot het ontwerpen van een In VIVO Richtlijn multisource feedback (MSF) is verleend aan het In VIVO kern-team Onderwijs- en Opleidingsregio (OOR) Utrecht, in samenwerking met OOR Amsterdam/AMC. In de taakverdeling is de Richtlijn ontwikkeld en geschreven door drs. Manon Horsman en prof. dr. Olle ten Cate (beiden UMC Utrecht), en is de toepassing ervan in diverse stadia uitgevoerd met medewerking van specialisten en aios van de kernteams Utrecht en Amsterdam/AMC. Bijzondere dank is verschuldigd aan dr. Joost Frenkel, dr. Anjoke Huisjes, prof. dr. Gerard Visser, dr. Gert van Enk en prof. dr. Maas-Jan Heineman, en aan drs. Lars van de Plank voor de vervaardiging van het programma *Multisourcefeedback.nl*.

De auteurs hebben gepoogd met deze richtlijn een onderbouwing te geven van de opzet van de procedure en van de gemaakte keuzes met het doel de procedure inzichtelijk te maken. De MSF procedure die wordt geadviseerd in deze Richtlijn, en is onderzocht in de opleidingsregio's Utrecht en Amsterdam, heeft als beoogd doel aios van verschillende specialismen op gezette momenten tijdens de opleiding bruikbare feedback te geven over hun functioneren. Met deze feedback vanuit verschillende perspectieven kan zowel de aios als opleider meer

inzicht verkrijgen in wat al goed gaat en op welke punten verbetering nodig is.

Het zal belangrijk zijn de Richtlijn na twee tot vier jaar ervaring met MSF te herzien.

Status van de Richtlijn

Deze Richtlijn is ontwikkeld in het kader van het In VIVO-project,¹⁾ gebaseerd op literatuuronderzoek en beperkt onderzoek in de praktijk. De Richtlijn heeft de status van een advies aan opleiders en opleidingsteams. Multisource feedback (MSF) procedures zijn niet voorgeschreven in het Kaderbesluit Centraal College Medische Specialismen (CCMS) 2009, maar worden wel sterk aangeraden. Omdat met MSF nog maar op beperkte schaal ervaring bestaat in Nederland, is het gewenst op basis van ervaringen en onderzoek de Richtlijn te blijven ontwikkelen.

Een conclusie die getrokken is op basis van het werk dat aan deze Richtlijn is voorafgegaan, is dat MSF op enige schaal van betekenis niet zonder elektronische gegevensverwerking kan. Om deze reden is door de auteurs een programma ontwikkeld waarmee de in deze Richtlijn beschreven methode kan worden uitgevoerd.²⁾ Adviezen over MSF zonder dit of een vergelijkbaar programma zijn naar het oordeel van de auteurs niet zinvol, want dan is MSF te arbeidsintensief, te

1) zie <http://www.medischevervolgopleidingen.nl/content/documenten/invivo/1.pdf>

2) zie: <http://www.multisourcefeedback.nl>

privacygevoelig en te administratief voor een praktische uitvoering. Hoewel de Richtlijn los staat van dit programma, wordt op een aantal plaatsen in de verantwoording eraan gerefereerd en is een beschrijvende passage eraan gewijd.

Inleiding

De beoordeling van artsen in opleiding tot specialist (aios) is te verdelen in drie benaderingen van hun competentie en te vertalen in drie vragen:

Wat weet de arts?

Het antwoord op deze vraag is goed te ontlenen aan de resultaten van schriftelijke of computergestuurde toetsing, al of niet in de vorm van een voortgangsmeting.

Wat kan de arts?

Voor deze vraag leent zich de directe observatie van handelen, in zoveel uiteenlopende situaties als nodig is. Dat kan in de dagelijkse praktijk via Korte Praktijk Beoordelingen (KPB) en in gearrangeerde omstandigheden met simulatietechnieken zoals de Objective Structured Clinical Examination (OSCE) en Objective Structured Assessment of Technical Skills (OSATS). Ook wordt hiertoe de beoordeling van producten zoals een status, protocol of wetenschappelijk verslag gerekend.

Hoe functioneert de arts?

Deze vraag wordt beantwoord door middel van een evaluatie van het functioneren over een periode in het verleden (week tot enkele maanden). Meerdere beoordelaars (ook wel bronnen genoemd) zijn hiervoor nodig, omdat zij onderling verschillen in hun oordeel en omdat meerdere perspectieven uit het werkveld nodig zijn voor een adequaat beeld van het functioneren. Daarom wordt gesproken van multi-

source feedback (MSF) of 360 graden beoordeling. Deze feedback heeft primair een formatief doel: de resultaten van de beoordelingen worden door de aios gebruikt voor reflectie en voor het opstellen van leerdoelen en van een plan van aanpak met als uiteindelijk doel verbetering van het functioneren. Het signaleren van niet goed functionerende artsen kan een secundair meer summatief doel van de feedback vormen.

De MSF procedure is bedoeld om te worden toegepast in combinatie met het voortgangsgesprek dat de opleider heeft met de aios. De MSF rapportage en het voortgangsgesprek zijn complementair: zonder gesprek mist de rapportage de kracht van een afgewogen synthese met afspraken over de toekomst, en zonder goede documentatie mist het voortgangsgesprek diepgang. Beide hebben elkaar nodig.

Geschikte beoordelaars (bronnen)

Voor het geven van MSF wordt onderscheid gemaakt in drie groepen beoordelaars of bronnen:

- *Collegae*: supervisor, staflid (dienst), opleider, consulent, coassistent, aios (peers), aios in hogere opleidingsjaren of in aanpalende disciplines waarmee frequent contact bestaat, arts niet in opleiding tot specialist (anios), huisarts/verwijzend arts.
- *Andere werkers in de zorg*: verpleegkundige, verpleegkundig teamleider/verpleegkundige van management, gespecialiseerd verpleegkundige, verloskundige, paramedicus (fysiotherapeut, diëtist), psycholoog, pedagogisch medewerker, medisch secretaresse, maatschappelijk werker, nurse practitioner, physician assistant.
- *Patiënten*: volwassenen vanaf 16 jaar of ouders van kinderen jonger dan 16 jaar.

Tabel 1. Categorieën beoordelaars en de CanMEDS competentiegebieden die zij kunnen beoordelen.

Competenties CanMEDS	Mogelijke bronnen		
	Collegae	Andere werkers in de zorg	Patiënten
Medisch handelen	++	±	-
Communicatie	++	++	++
Professionaliteit	++	++	++
Organisatie	++	++	±
Samenwerking	++	++	-
Kennis en wetenschap	++	+	-
Maatschappelijk handelen	±	±	-

++ zeer geschikte bron; + geschikte bron; ± minder geschikte bron; - ongeschikte bron.

Te beoordelen competenties

Tabel 1 geeft de categorieën beoordelaars weer die geschikt zijn voor het beoordelen van de diverse competentiegebieden, gerelateerd aan het CanMEDS model. Het CanMEDS competentiegebied Maatschappelijk handelen is minder makkelijk of geschikt voor MSF beoordelingen en is daarom buiten beschouwing gelaten.³⁾

Selectie en benadering van beoordelaars

Geadviseerd wordt de aios zelf verantwoordelijk te laten zijn voor het selecteren van beoordelaars en voor het toesturen van de vragenlijsten. De literatuur geeft aan dat hier weinig bezwaar tegen is. Dat kan bijvoorbeeld via het programma *Multisourcefeedback.nl*. Per groep beoordelaars wordt het volgende minimum aantal beoordelaars geadviseerd:

- *Collegae*: minimaal zes beoordelaars, waaronder twee stafleden van het opleidingsteam (in ieder geval de huidige supervisor), twee peers (aios in zelfde

fase van de opleiding). Overige medische collegae zijn meestal coassistenten en collegae met wie tijdens een dienst (weekend/week) is samengewerkt.

- *Andere werkers in de zorg*: minimaal zes beoordelaars, waaronder vier verpleegkundigen. Bij voorkeur geen medische secretaresses of andere beoordelaars die weinig aanwezig zijn bij patiëntenzorg.
- *Patiënten*: minimaal tien beoordelaars. Bij voorkeur een gemengde patiëntenpopulatie van poliklinische en klinische patiënten en minimaal twee patiënten waarmee meerdere contacten zijn geweest.

In het programma *Multisourcefeedback.nl* worden de vragenlijsten van patiënten anoniem verwerkt. Beoordelaars in de medische en niet medische groep wordt wel gevraagd naar hun naam en beroepsgroep, zodat de opleider zo nodig mondeling toelichting kan vragen aan de betreffende beoordelaar. De aios krijgt in

3) De NVMO Reviewcommissie Richtlijnen is van oordeel dat dit competentiegebied wellicht wel kan worden meegenomen. Bij een herziening van deze Richtlijn kan hiermee rekening gehouden worden.

het MSF programma alleen de gemiddelde scores per groep beoordelaars te zien en geen individuele scores van collega's. De geschreven opmerkingen worden onherleidbaar gemaakt. Maar anonimiteit heeft ook nadelen. Het past niet binnen een opleidingsklimaat waarin iedereen leert verantwoording af te leggen over oordelen en beslissingen. Anderzijds bestaat de kans dat bij niet anonieme enquêtering men zich minder vrij kan voelen in het geven van een oordeel. Op dit punt zal de Richtlijn in de toekomst nader geëvalueerd moeten worden.

Frequentie en tijdstip beoordeling

Geadviseerd wordt het tijdstip van een MSF procedure aan te passen aan het opleidingsschema. Geadviseerd wordt de MSF procedure ieder opleidingsjaar éénmaal uit te voeren, maar bij voorkeur niet bij stages die korter zijn dan drie maanden. Er is beperkte maar goede ervaring opgedaan met een collectieve jaarlijkse MSF procedure, met het beschreven MSF programma voor alle aios van een opleiding, en met de planning van alle voortgangsgesprekken binnen één maand. Op indicatie kan de MSF procedure eventueel na een half jaar worden herhaald.

De vragenlijsten

Voor iedere groep beoordelaars is een vragenlijst ontworpen, gebaseerd op literatuuronderzoek en op overleg met experts. Naast gesloten vragen over de verschillende competenties wordt bij alle vragenlijsten gevraagd naar tips en aanwijzingen die het functioneren van de arts kunnen verbeteren. Tevens wordt gevraagd naar de periode waarover zij de aios beoordelen; aan patiënten wordt gevraagd het aantal contacten dat zij met de aios hebben gehad te vermelden. Voor pediatrie patiënten is de vragenlijst enigszins aangepast en wanneer kinderen te jong

zijn om de vragen te begrijpen, wordt gevraagd naar de mening van de ouders. Mutatis mutandis kunnen de patiëntenvragenlijsten worden ingevuld door begeleiders van patiënten die om andere redenen niet in staat zijn de vragenlijst in te vullen. De vragenlijst is tevens beschikbaar in het Engels. Vragenlijsten voor niet-westerse allochtone patiënten zijn in ontwikkeling.

Logistiek en verwerking van gegevens

De hoeveelheid gegevens die verwerkt moet worden voor een MSF procedure is groot. De auteurs beperken zich daarom tot de beschrijving van het ontwikkelde elektronische programma. Met het web-based programma *multisourcefeedback.nl* kan de opleider vanaf iedere internetaansluiting een feedbackprocedure opstarten door e-mailadressen van de betreffende aios in te voeren en voor een voortgangsgesprek een uiterste datum vast te leggen, waarop de procedure moet zijn afgerond. Bij voorkeur dient een MSF-ronde drie tot zes maanden vóór deze datum te worden gestart, zodat er voldoende tijd is voor de beoordelingen. De aios krijgt vervolgens per e-mail instructie om beoordelaars uit te nodigen een vragenlijst in te vullen over het functioneren door hun e-mailadres in te voeren. De aios is verantwoordelijk voor de medewerking van voldoende en zo relevant mogelijke beoordelaars (totaal minimaal 22 vragenlijsten). In het programma kan de voortgang van de procedure bekeken worden door zowel aios als opleider en kan een herinnering verstuurd worden aan de beoordelaars. Eén week vóór de datum van het voortgangsgesprek wordt de feedbackronde automatisch afgesloten en wordt een samenvattend rapport opgemaakt in het programma. Hierin worden de gemiddelde scores per vraag, per competentiegebied en per groep beoordelaars weergegeven, evenals

een overzicht van de opmerkingen die door de beoordelaars zijn gemaakt. Deze resultaten zijn bedoeld om door de opleider met de aios te bespreken in het daaropvolgende voortgangsgesprek. Samenvattingen van voltooide feedback-procedures blijven gedurende de opleiding bewaard in het programma.

Implementatie van multisource feedback

In de verantwoording zijn de voorwaarden beschreven voor een goede invoering van het proces en worden mogelijke weerstanden besproken. MSF is nog betrekkelijk onbekend in de vervolgoopleidingen en voor een succesvolle implementatie is het essentieel dat stafleden en medewerkers bekend zijn met het principe, zodat het uitzetten van de formulieren niet als een verrassing komt. De weergegeven tekst in Box 1 kan hiervoor gehanteerd worden om te versterken en meer informatie is te downloaden van www.multisourcefeedback.nl.

Daarnaast is training van opleiders in het geven en bespreken van feedback met behulp van MSF nuttig. Dit kan geïntegreerd worden in cursussen over het

opleiden en opleidingsvernieuwingen. Is men bekend met de MSF procedure, dan is de inspanning betrekkelijk gering en zeer gespreid over alle betrokkenen. De administratieve inspanning is minimaal.

Box 1. Concepttekst voor een folder of rondschrijven.

Wat is multisource feedback?

Artsen in opleiding tot specialist (aios) worden tijdens hun opleiding beoordeeld op wat zij weten, wat zij kunnen en hoe zij functioneren. Het functioneren van een aios kan het beste beoordeeld worden door mensen met wie hij/zij samenwerkt: collega-artsen, andere collegae in de zorg en patiënten. Dit proces van beoordeling door verschillende beoordelaars wordt multisource feedback (MSF) genoemd. Eénmaal per jaar worden artsen, andere werkers in de zorg en patiënten door de aios gevraagd een vragenlijst in te vullen. De vragenlijsten worden anoniem verwerkt: de aios krijgt de antwoorden niet te zien, alleen de gemiddelde scores van de bevroegde collegae en patiënten. Bij een negatieve score op een bepaald gebied zal de opleider voor verduidelijking eventueel contact opnemen met degenen die een negatieve score hebben gegeven. De aios krijgt door MSF een beeld van zijn/haar sterke en minder sterke kanten en kan dan zo nodig werken aan verbetering.

Voor meer informatie over het doel en werkwijze van MSF: zie www.multisourcefeedback.nl en de Richtlijn Multisource Feedback (Tijdschrift voor Medisch Onderwijs 2010;29 (2); suppl. 1).

Achtergronden bij de Richtlijn multisource feedback voor de aios

1. Achtergrond multisource feedback

De medisch specialist van de 21ste eeuw wordt geacht over verschillende competenties te beschikken, zoals bijvoorbeeld opgesteld door de Accreditation Council for Graduate Medical Education (ACGME),⁴⁾ Royal College of Physicians and Surgeons of Canada CanMEDS roles,⁵⁾ of United Kingdom's Best Medical Practice framework.⁶⁾ In Nederland wordt in de medische vervolgoopleidingen gebruik gemaakt van de competenties die gebaseerd zijn op de CanMEDS rollen. De noodzaak om specialisten in opleiding niet alleen op hun kennis maar op alle competentiegebieden te beoordelen, heeft geleid tot de ontwikkeling van nieuwe beoordelingsmethoden, waaronder MSF. Bij deze vorm van beoordeling, in de literatuur ook wel 360 graden beoordeling genoemd, wordt zowel aan personen uit de werkomgeving als aan patiënten gevraagd feedback te geven op het functioneren van een arts die zij direct en herhaaldelijk hebben kunnen observeren. MSF is bruikbaar voor het beoordelen van competenties als professionaliteit, samenwerking en communicatie. Deze competenties kunnen niet uitsluitend door een eenmalige observatie of op een traditionele wijze worden getoetst; feedback van collegae en patiënten is onmisbaar voor een volledige beoordeling¹⁻².

MSF bestaat uit specifieke processen en instrumenten voor informatieverzame-

ling, beoordeling en feedback op de werkvloer. Vragenlijsten, ontworpen om gegevens over specifieke gedragsaspecten (bijvoorbeeld communicatievaardigheden, professionaliteit, teamwork) te verzamelen, worden door verschillende respondenten ingevuld over één persoon. MSF is ontstaan in het bedrijfsleven, waar de werknemers niet vaak of niet van dichtbij genoeg door de supervisor werden geobserveerd om zinvolle feedback te kunnen ontvangen. Collegae op de werkvloer waren vaak in een betere positie om feedback over de werknemer te verstrekken. Door verschillende collegae vragenlijsten te laten invullen kon de informatie van meerdere medewerkers worden samengevoegd en gebruikt om feedback te verstrekken. In het bedrijfsleven is MSF geaccepteerd omdat informatie van meerdere individuen (waarnemers) en veelvoudige beoordelaars (groepen waarnemers) wordt gebruikt en waarbij de bias die inherent is aan de beoordeling van 'één persoon, één perspectief' (dat wil zeggen: het perspectief van de supervisor) wordt verminderd.¹⁻².

In medische settings kunnen de waarnemers (ook wel beoordelaars, respondenten of feedbackgevers genoemd) een verschillende achtergrond hebben. Te denken valt aan medische collegae (bijvoorbeeld peers – aios in vergelijkbare opleidingsfase –, supervisor, verwijzende artsen, coassisten-

4) ACGME Competencies: <http://www.acgme.org/outcome/comp/compFull.asp>.

5) RCPSC CanMEDS Competencies: <http://rcpsc.medical.org/canmeds/index.php>.

6) GMC (UK) Good Medical Practice: http://www.gmc-uk.org/guidance/good_medical_practice/index.asp.

Richtlijn gebruik portfolio in de vervolgopleiding

J.O. Busari, L.G.J.M. Dirksen-de Tombe, E. Jippes

Voorwoord

Deze Richtlijn in het kader van het In VIVO-project is gebaseerd op literatuuronderzoek en op beperkt onderzoek in de praktijk. De Richtlijn is ontwikkeld in een samenwerking van de In VIVO kernteams van de Onderwijs- en Opleidingsregio's (OOR) Groningen, Rotterdam en Maastricht en namens de leden van de drie kernteams geschreven door dr. Jamiu Busari (voorzitter, Maastricht), drs. Liesbeth Dirksen-de Tombe (Rotterdam) en drs. Erik Jippes (Groningen).

Status van de Richtlijn

De Richtlijn heeft een adviserende status, en is enerzijds bedoeld als hulp bij het begeleiden en beoordelen van artsen in opleiding tot specialist (aios) door de opleider, en anderzijds voor het documenteren en sturen van de eigen opleiding door de aios. In het Kaderbesluit van het College Geneeskundige Specialismen (CGS) is het gebruik van het portfolio verplicht gesteld.¹ Het is noodzakelijk op basis van verder onderzoek de Richtlijn te blijven ontwikkelen.

Inleiding

Deze Richtlijn wil een antwoord geven op de volgende vragen:

- Welke rol speelt het portfolio in de opleiding tot medisch specialist?
- Hoe gebruikt de aios het portfolio?
- Hoe gebruiken de opleider, de stagebegeleider, de supervisor en de mentor het portfolio?

Doel van het portfolio

Het CGS definieert in het Kaderbesluit van 2011 het portfolio als volgt:

“Een verzameling van documenten waarin de verplichtingen voortvloeiende uit dit besluit en de specifieke besluiten worden bijgehouden, waaruit de voortgang van de opleiding en de zelfreflectie van de aios blijken, met tenminste de documenten ten behoeve van de beoordeling van de aios, de gehouden voordrachten en referaten, de gepubliceerde artikelen, de gevolgde cursussen en de uitgevoerde verrichtingen.”

Uit deze definitie van het CGS valt op te maken dat het aios-portfolio zowel een ontwikkelings- als een beoordelingsdoel heeft. In deze Richtlijn richten wij ons op het portfolio als ontwikkelingsinstrument. Voor de beoordeling op basis van het portfolio verwijzen we de lezer naar de Richtlijn 'Interpretatie en gebruik van toetsresultaten in het portfolio' van Govaerts et al.²

Inhoud van het portfolio

Het portfolio bevat aan de ene kant stukken over de ontwikkeling van de aios vanaf de start tot en met de afronding van de opleiding (CV, verslagen van introductie-, voortgangs- en beoordelingsgesprekken). En aan de andere kant bevat het portfolio 'bewijsmateriaal' waarmee de aios aantoonbaar dat deze de gestelde (tussen)doelen heeft bereikt. Het portfolio dient volgens het Kaderbesluit tenminste de volgende delen te bevatten:

- Het Individueel Opleidingsplan (IOP).
- Documentatie van minimaal de verplichte toetsingen van de competenties.
- Verslagen van de voortgangsgesprekken en beoordelingsgesprekken.
- Registratie van de door de aios uitgevoerde verplichte opleidingsactiviteiten.
- Eén of meerdere overdrachtsdocumenten.

Onder een overdrachtsdocument wordt verstaan het verslag dat is opgesteld door de opleider van de instelling waar de aios het betreffende onderdeel van de opleiding heeft afgerond en dat is gericht aan de opleider waar de aios zijn opleiding vervolgt, met als doel de continuïteit en voortgang van de aios tijdens de opleiding te waarborgen.

Gebruik van het portfolio door de aios

Het portfolio helpt de aios inzicht te krijgen in verworven competenties en nog te verwerven competenties. De aios is verantwoordelijk voor het bijhouden en vullen van het portfolio, met onder andere zijn* beoordelingen, de gehouden voordrachten en referaten, de gepubliceerde artikelen, de gevolgde cursussen en de uitgevoerde verrichtingen. Op die manier kan de aios zelf sturing geven aan zijn opleiding. Om dit te bereiken moet de aios leerdoelen formuleren in het IOP, bewijsmaterialen verzamelen, zichzelf beoordelen (zelfreflectie), de leerdoelen evalueren en opnieuw leerdoelen formuleren in het IOP. De leerdoelen worden bij voorkeur via de SMART-methode (Specifiek, Meetbaar, Acceptabel, Realistisch en Tijdsgebonden) geformuleerd.

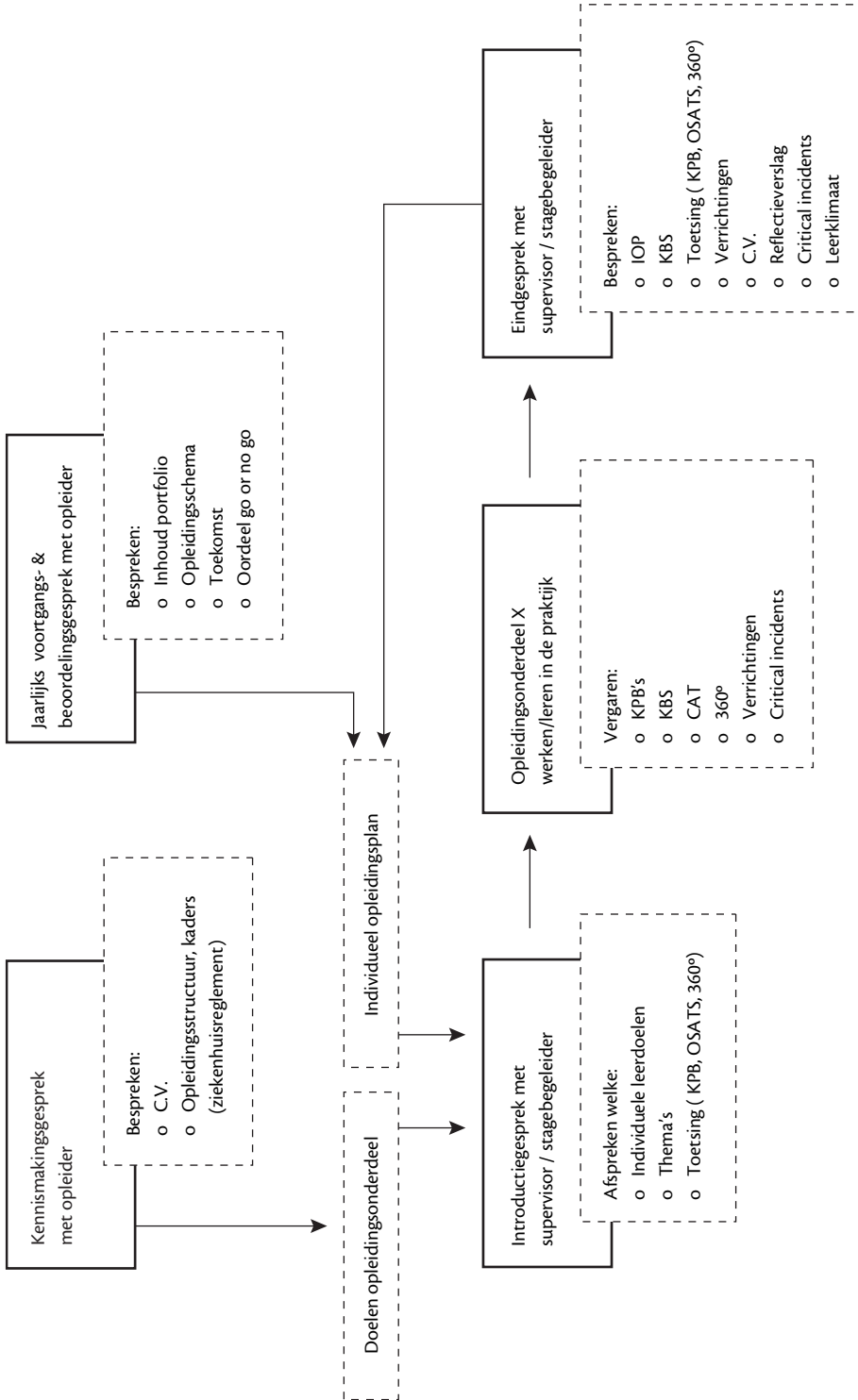
Het onderwijsschema (Figuur 1) laat zien dat het portfolio centraal staat in de

opleiding. Bij de start van de opleiding heeft de aios een kennismakingsgesprek met de opleider waarin afspraken worden gemaakt over de inhoud van de opleiding. De aios neemt de afspraken die daar gemaakt worden mee in zijn portfolio naar het introductiegesprek met de stagebegeleider van het te volgen opleidingsonderdeel. In dat gesprek worden afspraken gemaakt over de persoonlijke leerdoelen en de opleidingsdoelen (IOP) voor de komende periode, die worden vastgelegd in het portfolio. Tijdens het opleidingsonderdeel wordt het bewijsmateriaal vergaard in het portfolio wat dan weer gebruikt wordt als input voor het voortgangsgesprek en voor het opstellen van een (volgend) IOP.

Reflectie

Men veronderstelt dat dokters die regelmatig reflecteren op hun werkervaring en proberen te leren van de praktijk, hun patiënten beter van dienst zijn dan diegenen die dit niet doen. Reflectie is daarom van fundamenteel belang voor het praktijkleren en voor een leven lang leren. Het is te beschouwen als een cyclisch proces van zelfregulatie waarbij de aios terugkijkt op zijn acties, deze analyseert, nadenkt over alternatieven, deze uitprobeert in de praktijk, weer terugkijkt, enzovoorts. Het ontwikkelen van reflectieve vaardigheden is een manier om ervoor te zorgen dat men vragen blijft stellen ten aanzien van de waarde van bepaalde handelingen en aannames in het werkveld. Het alert zijn op het stellen van relevante vragen is een belangrijk onderdeel van het ontwikkelen van een professionele identiteit. De zelfevaluatie is één van de leidende activiteiten binnen de professionele opleiding en het portfolio kan worden ge-

* Er is voor de leesbaarheid gekozen om “hij” en “zijn” te gebruiken, op de plaatsen kan ook “zij” en “haar” gelezen worden.



Figuur 1. Schema opleiding (M. de Hoog, In VIVO OOR Rotterdam).

zien als het instrument bij uitstek voor zowel het begeleiden en beoordelen van het praktijkleren als voor reflectie. Een 'critical incident' bespreking is een manier om reflectie te stimuleren. In een reflectie op een critical incident moet beschreven worden wat de rol van de aios hierbij is en zijn verantwoordelijkheden als medische professional. Dit essay moet een waardevolle bijdrage leveren aan de professionele ontwikkeling van de aios (kennis en vaardigheden) en waar mogelijk een reflectie zijn van de stand van zaken van het huidige onderzoek en 'best practices'. Het kan de aios helpen bij het inzichtelijk maken van zijn professionele groei in de loop van het opleidingsprogramma. Criteria die gebruikt kunnen worden bij de beoordeling van een critical incident zijn:

- Rol en verantwoordelijkheden van de aios als medische professional.
- Bijdrage aan de eigen professionele ontwikkeling van de aios.
- Beschouwing van de verschillende competentiegebieden.
- Verband met research and best practices (waar mogelijk en nodig).

Rollen van de klinische staf bij het portfolio

*De opleider**

Met het portfolio krijgt de opleider zicht op de competentieontwikkeling van de aios. De competentieontwikkeling wordt besproken tijdens de voortgangs- en geschiktheidsbeoordelingsgesprekken (Figuur 1). Volgens het Kaderbesluit CGS moet de opleider erop toezien dat de aios het portfolio bijhoudt, moet hij controleren of het voldoet aan de opleidingseisen, en moet hij verklaren dat het volledig en juist is.¹

De stagebegeleider

De stage is in de nieuwe regelgeving veranderd in een opleidingsonderdeel. Een opleidingsonderdeel is een gedeelte van de opleiding in een medisch specialisme dat wordt gevolgd in een opleidingsinrichting en bij een opleider, en waarvan de inhoud, het leermiddel, de toetsing, de duur, de verplichte of facultatieve status, het bekwaamheidsniveau en eventueel plaats of patiëntenpopulatie zijn beschreven in het betreffende specifieke besluit of opleidingsplan. De stagebegeleider is diegene die verantwoordelijk is voor de opleiding van de aios op de werkplek. Dat kan soms de opleider zijn, maar in grotere opleidingsinstellingen is dat vaak een daartoe aangewezen stagebegeleider. De stagebegeleider voert de introductie-, tussen- en eindgesprekken van het opleidingsonderdeel met de aios.

De supervisor

De supervisor is de directe begeleider van de aios op de werkplek. De supervisor geeft de aios feedback op zijn handelen in de praktijk. Hij maakt hiervoor gebruik van de toetsinstrumenten zoals de KPB (Korte Praktijkbeoordeling) en de OSATS (Objective Structured Assessment of Technical Skills). Deze formulieren komen terecht in het portfolio van de aios. Cruciaal voor deze taak is kennis van het gebruik van het portfolio als een ontwikkelings- en beoordelingsinstrument. De taak van de supervisor is het waarborgen dat relevante informatie over de voortgang en prestaties ter beschikking wordt gesteld aan de opleider, vooral als deze prestaties aanleiding geven tot bezorgdheid. De supervisors moeten toegang hebben tot de bekwaamverklaringen voor bepaalde verrichtingen, zodat ze

* Waar in deze Richtlijn wordt gesproken van opleider is steeds tevens plaatsvervangend opleider bedoeld.

kunnen zien welke verrichtingen de aios zelfstandig (of onder een bepaalde mate van supervisie) mag uitvoeren. Tenslotte zijn de supervisors (mede)verantwoordelijk voor het creëren van een goed opleidingsklimaat op de werkplek waar constructieve feedback aan de aios wordt gegeven en de supervisors tijd moeten reserveren om de voorgaande activiteiten uit te voeren.

De mentor

Naast de opleider, de stagebegeleider en de supervisor wordt soms de rol van mentor onderscheiden. Dit is een vertrouwenspersoon die gedurende de gehele opleidingstijd de ontwikkeling op enige afstand volgt. De mentor is een ervaren en onafhankelijke supervisor of ouderejaars aios: hij kan helpen bij het opstellen van een IOP, een klankbord zijn, stimuleren tot zelfreflectie en adviseren over wat kan worden verbeterd in het portfolio. Eventuele drempels in de opleiding, het werk of in het persoonlijk leven kunnen vertrouwelijk besproken worden met de mentor.

Gesprekken met de aios

Gespreksfrequentie en doelen van de gesprekken

De *formatieve* evaluatiemomenten in het voortgangsgesprek zijn bedoeld om de

aios te coachen en te begeleiden in het leertraject. De *summatieve* evaluatiemomenten zijn geschiktheidsbeoordelingen. In deze gesprekken wordt het portfolio gebruikt om een beslissing te nemen over de voortgang. Voor meer informatie over het summatief gebruik van het portfolio verwijzen we naar de Richtlijn 'Interpretatie en gebruik van toetsresultaten in het portfolio'.²

In het eerste en tweede jaar vinden de voortgangsgesprekken driemaandelijks plaats, in het derde en vierde jaar halfjaarlijks en in het vijfde en zesde jaar jaarlijks. Aan het einde van ieder jaar vindt een geschiktheidsbeoordeling plaats, een 'go-no go' moment (zie Tabel 1). In alle gesprekken speelt het portfolio een centrale rol.

Kennismakingsgesprek met de opleider

Bij de start van de opleiding vindt een kennismakingsgesprek (veelal met de opleider) plaats. Het gesprek heeft drie doelen: kennismaken met de opleider, kennis nemen van de inhoud en van de toetsing in de opleiding en het maken van afspraken over de te behalen doelen voor de komende tijd.

In het gesprek komen de volgende punten aan de orde: het landelijke en regionale dan wel lokale opleidingsplan, het overzicht van de opleidingsonderdelen voor het eerste jaar (opleidingsschema), de planning van de voortgangs- en ge-

Tabel 1. *Gespreksfrequentie volgens het Kaderbesluit CGS.*

Jaar van de opleiding	Introductiegesprek	Voortgangsgesprek (formatief)	Geschiktheidsbeoordelingsgesprek (summatief)
1	1	4	1
2		4	1
3		2	1
4		2	1
5		1	1
6		1	1

schiktheidsbeoordelingsgesprekken, het CV van de aios en eventueel de sterkte/zwakke analyse uit eerdere ervaringen, bijvoorbeeld uit het laatste jaar van de co-schappen of de ervaring als assistent niet in opleiding tot specialist (anios).

Van de inhoud van de opleiding kan de aios tevoren kennis nemen door het bestuderen van het opleidingsplan. De aios kan op basis van het opleidingsschema bekijken of hij vanwege werkervaring voorafgaand aan de toelating tot de opleiding, misschien al beschikt over een deel van de gevraagde competenties. Aan de hand van de eerdere ervaringen kan door de aios en opleider afgesproken worden waaraan de aios de komende periode gaat werken. Er worden afspraken gemaakt over de verrichtingen die de aios kan doen en de mate van supervisie bij de verschillende activiteiten en verrichtingen. Van dit gesprek wordt een verslag gemaakt dat kan dienen als startdocument voor het volgende voortgangsgesprek met de opleider of voor het introductiegesprek met de stagebegeleider. Zie voor de wijze van voorbereiding op deze gesprekken deel 2, de Achtergronden bij deze Richtlijn.

*Introductiegesprek met de stagebegeleider**

Voor aanvang van een opleidingsonderdeel wordt in een introductiegesprek besproken welke leerdoelen tijdens het opleidingsonderdeel gerealiseerd zullen moeten worden. De stagebegeleider geeft aan welke specifieke leerdoelen gekoppeld zijn aan het opleidingsonderdeel. De aios geeft persoonlijke leerdoelen aan en beschrijft in het IOP hoe de leerdoelen behaald en getoetst zullen worden. Zo nodig past de stagebegeleider deze aan en hij be-

oordeelt of de leerdoelen met de SMART-methode geformuleerd zijn. In het introductiegesprek met de stagebegeleider wordt het IOP concreet gemaakt. Vragen die aan bod komen tijdens dit gesprek zijn: Wat waren de leerdoelen uit het vorige opleidingsonderdeel? In hoeverre zijn deze bereikt? Wat waren de sterke en zwakke punten van de aios voor het komende opleidingsonderdeel? Welke leerdoelen heeft de aio zelf? Welke activiteiten en verrichtingen moeten op welke bekwaamheidsniveaus worden uitgevoerd? Hoe kan/gaat de aios deze doelen bereiken? Hoeveel KPB's moeten er worden afgenomen en waar worden deze afgenomen? Worden er nog andere toetsinstrumenten gebruikt tijdens het opleidingsonderdeel? En wanneer is het eerstkomende voortgangsgesprek met de stagebegeleider?

Eindgesprek met de stagebegeleider

Aan het eind van een opleidingsonderdeel wordt door de stagebegeleider een eindbeoordeling gegeven. De beoordeling wordt met de aios besproken en het verslag hiervan wordt in het portfolio opgenomen. Zoals in Figuur 1 te zien is wordt dit verslag gebruikt bij het voortgangsgesprek en bij het geschiktheidsbeoordelingsgesprek met de opleider.

Voortgangsgesprek en geschiktheidsbeoordelingsgesprek met de opleider

In het eerste jaar moeten er vier voortgangsgesprekken plaatsvinden. In Box 1 staat beschreven hoe de aios en de opleider zich hierop kunnen voorbereiden. De voortgangsgesprekken dienen vooral om vast te stellen of de voortgang van de opleiding gaat zoals verwacht. De voortgangsgesprekken hebben primair een formatief (ontwik-

* In kleinere opleidingsziekenhuizen zijn er veelal geen afzonderlijke opleidingsonderdelen en stagebegeleiders. Indien er geen stagebegeleiders zijn, dan behoren deze taken tot de taken van de opleider.

kelingsgericht) doel. Aan het eind van ieder jaar vindt er een geschiktheidsbeoordelingsgesprek tussen aios en opleider plaats. Dit gesprek verloopt op vergelijkbare wijze als het voortgangsgesprek. Het enige belangrijke verschil is dat de opleider in het gesprek een beslissing neemt over de voortgang van de opleiding. Indien een aios onvoldoende voortgang vertoont, wordt verwezen naar het Kaderbesluit. Er kan bijvoorbeeld een geïntensiveerd begeleidings-traject worden overwogen.

De goede en minder goede aios

Begeleiden en beoordelen van een excellente aios

Het landelijke en regionale opleidingsplan bevat de minimale bekwaamheidsniveaus

die de aios in de loop van zijn opleiding moet halen. Het tempo waarin aios deze bekwaamheidsniveaus halen kan per individu verschillen. Dat is één van de uitgangspunten van competentiegericht opleiden. Het zou mogelijk moeten zijn dat 'snelle, excellente aios' een korting krijgen op hun opleiding, maar dat is op dit moment formeel nog niet mogelijk. De opleidingsduur die per opleiding in een specifiek besluit is vastgelegd is bepalend. Binnen de resterende tijd is het zaak om samen met de excellente aios een voldoende uitdagend programma samen te stellen. Verschillende opties zijn mogelijk zoals verdieping en verbreding. Verdieping kan op al bestaande opleidingsonderdelen, waarbij bijvoorbeeld gedacht kan worden aan het autoriseren van een

Box 1. *Handvat voor de voorbereiding op een voortgangsgesprek met behulp van het portfolio.*

Vorbereiding door de aios

Als voorbereiding op het voortgangsgesprek inventariseert de aios of hij alle documenten zoals afgesproken in het vorige gesprek heeft verzameld. Hiervoor kan hij terugkijken op het verslag van het introductie- of voorgaande gesprek.

De aios schrijft vervolgens voor zichzelf op wat hij de afgelopen tijd geleerd heeft. Dit terugkijken zonder oordelen is belangrijk omdat de aios eerst alles zo compleet mogelijk op een rij moet zetten. Wanneer de aios direct zou gaan interpreteren bestaat de kans dat het meest in het oog springende de overige ervaringen zal overschaduwden.

De volgende stap in het reflectieproces is de beoordeling van de verzamelde documenten. De aios leest de beoordelingen en vooral de narratieve feedback op de KPB's, OSATS en andere formulieren die hij verzameld heeft. Aan de hand hiervan stelt hij voor zichzelf een sterkte/zwakte analyse op.

De aios stelt zichzelf de volgende vragen: Wat gaat er goed? Wat vind ik moeilijk? Wat zou ik de volgende keer anders doen? Wat was de situatie? Waar speelde deze zich af? Wat was uw rol? Wat verwachtte de ander? Wat waren uw acties en waarom? De uitkomsten van de analyse zoals hierboven beschreven kunnen een onderbouwing vormen voor het door de aios ingevulde zelfbeoordelingsformulier. Het zelfbeoordelingsformulier

heeft als hoofdpunten de zeven CanMEDS competenties met onder iedere competentie een aantal subcategorieën. De aios levert vervolgens het portfolio, inclusief het zelfbeoordelingsformulier, ruim op tijd voor het gesprek (minimaal een week) in bij de opleider.

Vorbereiding door de opleider

De opleider bestudeert het portfolio van de aios en vult ook het beoordelingsformulier in. Hij zorgt dat de aios dit formulier ruim op tijd voor het gesprek heeft (minimaal een week). Om wederzijdse beïnvloeding te voorkomen is het aan te bevelen om een derde, bijvoorbeeld iemand van het secretariaat, te vragen beide beoordelingsformulieren te verzamelen en gelijktijdig beide ingevulde formulieren naar de aios en opleider te sturen.

Het gesprek zelf

Bij de start van het gesprek maken aios en opleider samen een agenda met de te bespreken punten. Belangrijk is om in de tijdsplanning voldoende ruimte in te plannen voor het laatste onderdeel van het gesprek: de planning van de leerdoelen voor de komende periode. De overeenkomsten en verschillen tussen het oordeel van de aios en de opleider op het zelfbeoordelingsformulier kunnen hierbij de leidraad vormen voor het voortgangsgesprek.

aios voor het doen van bepaalde ingrepen. Hiervoor is het instrument van de bekwaamverklaringen ontwikkeld. Zie voor de toepassingen van bekwaamverklaringen de betreffende Richtlijn van Lips et al.³ Deze ingrepen kan de aios dan zonder of onder beperkte supervisie uitvoeren. Een mogelijke verdieping zou ook in de supervisie/leidinggevende rol gezocht kunnen worden, door een aios superviseerende taken te geven voor een afdeling.

Bij verbreding kan gedacht worden aan medisch inhoudelijke deelgebieden van het specialisme die nog niet in de opleiding aan bod zijn gekomen. Een verbreding zou echter ook in een niet-medisch inhoudelijke hoek gezocht kunnen worden, bijvoorbeeld het doen van wetenschappelijk onderzoek, of het zich bezighouden met kwaliteitszorg in medische afdelingen, met medische ethiek, enzovoort. In het IOP van de aios maken de opleider en aios afspraken over het individuele ontwikkelingspad van de aios. Voor de excellente aios bestaat dus, bovenop het minimaal vereiste niveau, de mogelijkheid van een 'individueel verrijkingprogramma', als verdieping of verbreding.

Begeleiden en beoordelen van een disfunctionerende aios

Indien een aios niet naar verwachting functioneert kan naar aanleiding van een voortgangsgesprek, een jaarlijkse geschiktheidsbeoordeling of een eindbeoordeling besloten worden een geïntensiveerd begeleidingstraject te starten. Een dergelijk traject duurt minimaal drie maanden en maximaal zes maanden en wordt schriftelijk vastgelegd. De opleider wijst de aios op de geschillencommissie en brengt de Medische Specialisten Registratie Commissie (MSRC) op de hoogte. Voor het geïntensiveerd begeleidingstraject wordt het individuele opleidingsplan bijgesteld. Het opleidingsplan vermeldt de doelen van en de

voorwaarden waaronder het traject plaatsvindt. Aios en opleider spreken af waar extra begeleiding en toetsing plaatsvindt. Het traject wordt afgesloten met een geschiktheidsbeoordeling. Een geïntensiveerd begeleidingstraject kan eenmaal plaatsvinden per opleiding – tenzij er bijzondere omstandigheden zijn – en kan leiden tot verlenging van de opleiding (voor details zie Kaderbesluit 1-1-2011 artikel B 22).

Indien de opleider twijfelt aan de geschiktheid van de aios voor het vak is het belangrijk meer informatie te verkrijgen om tot een afgewogen oordeel te komen. Een negatief oordeel ten aanzien van het functioneren dient ook dusdanig onderbouwd te zijn dat het stand houdt bij beroep. Wanneer men twijfel heeft over het functioneren van de aios, of wanneer men vindt dat de aios onvoldoende functioneert, dient dit zo spoedig mogelijk kenbaar gemaakt te worden aan betrokkene. Er wordt een plan gemaakt om vastgestelde lacunes te 'repareren' (zie het nieuwe Kaderbesluit voor de details).

Het portfolio als beoordelingsinstrument

Beslissingen die mede op basis van het portfolio genomen worden, waaronder de jaarlijkse geschiktheidsbeoordeling voor de opleiding, vergen zowel een informatieve inhoud als een zorgvuldige weging van deze inhoud door de opleider. Twee benaderingen zijn mogelijk: een analytische en een globale. De analytische beoordeling weegt ieder onderdeel van het portfolio afzonderlijk, waarna een eindoordeel wordt samengesteld of soms wordt berekend. Dat heeft het voordeel van transparantie en verantwoording, vooral bij negatieve beslissingen. Het nadeel is de tijdsinvestering en ook het gegeven dat het hieruit voortvloeiende 'overall' beeld niet altijd goed past. De globale beoordeling geeft juist wel dit overall beeld en is

soms zelfs betrouwbaarder. Het vergt echter goede bekendheid met de aios. Een goed globaal oordeel is niet mogelijk als de opleider die het oordeel moet vellen niet zelf goed vertrouwd is met de aios.

Invoering van het portfolio gebruik in de opleiding

Het gebruik van het portfolio door aios en opleider is verplicht gesteld in het Kaderbesluit. Enkele tips voor het effectief invoeren van het portfolio zijn:

1. De opleider moet de invoering van het portfolio in de afdeling goed voorbereiden:
 - a. in de eerste plaats is *training* van aios, opleider en eventueel stagebegeleider in het gebruik van het portfolio belangrijk,
 - b. training van aios zou gericht moeten zijn op het opstellen en evalueren van een IOP met de opleider,
 - c. training van opleiders zou het voeren van een voortgangsgesprek met de aios op basis van het portfolio moeten behandelen,
 - d. stagebegeleiders moeten getraind worden in het ondersteunen van de aios bij het opstellen en evalueren van het IOP,
 - e. de gehele opleidingsgroep en de aios moeten getraind worden in het gebruik van de toetsinstrumenten, en in het geven en ontvangen van constructieve en veilige feedback.
2. Bij de invoering van het portfolio is het ook belangrijk dat opleider en stagebegeleider het goede voorbeeld geven en het portfolio serieus nemen:
 - a. dit betekent voor de opleider het daadwerkelijk bestuderen van het portfolio van de aios, voorafgaand aan het voortgangsgesprek, en het doornemen van (een gedeelte van) het portfolio tijdens het gesprek. Uiteraard houdt de aios het portfolio primair voor zichzelf bij.
3. Het verdient aanbeveling om de aios en supervisoren informatie te geven over het waarom en hoe van het portfolio.
4. Tot slot is het verstandig om bij de invoering van het portfolio enkele heldere afspraken te maken met de opleidingsgroep en met de aios over het gebruik van het portfolio. Deze afspraken bevatten de verschillende rollen en bijbehorende inzage-rechten op de afdeling:
 - a. uitgangspunt is dat de aios eigenaar is van het portfolio. Voor de aios is het raadzaam om geen patiëntgegevens op te nemen en ten alle tijden het portfolio zorgvuldig te bewaren,
 - b. de opleider moet voorafgaand aan het voortgangsgesprek inzicht krijgen in het portfolio,
 - c. stagebegeleiders hebben veelal inzicht in het IOP, in ieder geval in het gedeelte van het IOP dat betrekking heeft op de stage,
 - d. de aios moet voor zichzelf afwegen of hij (diepe) persoonlijke reflecties (permanent) wil opnemen in het portfolio en wil bespreken met de opleider. Het wel bespreken met de opleider kan leiden tot meer diepgang in het gesprek.

Richtlijn interpretatie en gebruik van toetsresultaten in het portfolio

M.J.B. Govaerts, E. Driessen, B. Verhoeven, C.P.M. van der Vleuten, H. Brackel, J. van Hoorn, R. van de Laar, J. Maas, S.G. Oei

Voorwoord

Deze Richtlijn in het kader van het In VIVO-project is geschreven door drs. Marjan Govaerts, namens het kernteam In VIVO van de OOR Zuid-Oost Nederland (OOR-ZON), met medewerking van dr. Erik Driessen, dr. Bas Verhoeven, prof. dr. Cees van der Vleuten (vakgroep Onderwijsontwikkeling en Onderwijsresearch, Faculty of Health, Medicine and Life Sciences, Universiteit Maastricht) en van dr. Hein Brackel (voorzitter), drs. Jeroen van Hoorn, drs. Rafli van de Laar, dr. Jacques Maas, en prof. dr. Guid Oei (kernteam In VIVO OOR-ZON, werkgroep Toetsing).

De overige leden van het kernteam In VIVO OOR-ZON, dr. Jamiu Busari (voorzitter), prof. dr. Gerard Essed, drs. Florian ten Cate, dr. Twan Mulder, drs. Mark Otting en dr. Frans Roumen, zijn hierbij geconsulteerd.

Status van de Richtlijn

De Richtlijn is gebaseerd op literatuuronderzoek, best practices en ervaringen van de auteurs en heeft een adviserend karakter.

Deze Richtlijn dient te zijner tijd te worden herzien op basis van aanvullend onderzoek, ervaringen van gebruikers van de Richtlijn en op basis van bredere ervaring met de implementatie van de herziene opleidingsplannen medisch-specialistische vervolgopleidingen. Naar verwachting zal een eerste herziening-update van de Richtlijn twee jaar na grootschalige implementatie plaatsvinden.

Inleiding

Gedurende de opleiding maken artsen in opleiding tot medisch specialist (aios) en hun opleiders gebruik van een portfolio om het leerproces van de aios te volgen, waar nodig bij te sturen en te beoordelen. Toetsresultaten vormen een essentieel onderdeel van de informatie in dit portfolio. De Richtlijn "Interpretatie en gebruik van toetsresultaten in het portfolio" geeft een samenvattend overzicht van aandachtspunten bij interpretatie en gebruik van toetsresultaten in de opleiding tot medisch specialist.

Doel van de Richtlijn

De Richtlijn is een hulpmiddel voor aios en opleiders bij de interpretatie en gebruik van toetsresultaten gedurende de opleiding tot medisch specialist en bevat een aantal praktische handvatten en stappenplannen voor het gebruik van de toetsresultaten in begeleidingsgesprekken (voortgangs- en beoordelingsgesprekken). Hierbij wordt niet alleen aandacht besteed aan de functie(s) die toetsresultaten kunnen vervullen bij het opleiden van aios maar ook aan kwaliteitseisen die aan toetsresultaten en toetsystemen gesteld moeten worden ten behoeve van geloofwaardige en verdedigbare besluitvorming. De Richtlijn bevat daarmee informatie die ook voor andere doelgroepen relevant kan zijn: leden van opleidingsteams, opleidingsmanagement, beleidsmakers en medewerkers kwaliteitszorg.

Voor aios en opleider (-teams) staan in de Richtlijn de belangrijkste aandachtspunten

bij het gebruik van toetsresultaten (werkplekbeoordelingen) in voortgangs- en beoordelingsgesprekken beschreven. Aan de hand van de geschetste criteria kan een inschatting gemaakt worden van de kwaliteit en bruikbaarheid van toetsresultaten, en kan de zorgvuldigheid in besluitvorming getoetst worden.

Voor *opleiders en opleiderteams* worden daarnaast een aantal richtlijnen gegeven voor de inrichting van de toetsing op de werkplek en voor de procedures ten behoeve van besluitvorming.

Voor *opleidingsmanagers en kwaliteitszorg-medewerkers*, tenslotte, staan in de Richtlijn de belangrijkste randvoorwaarden voor een goed toetsstelsel. De Richtlijn is daarmee te gebruiken als basis voor een interne visitatie naar de kwaliteit van het toetsstelsel op een afdeling c.q. binnen een instelling.

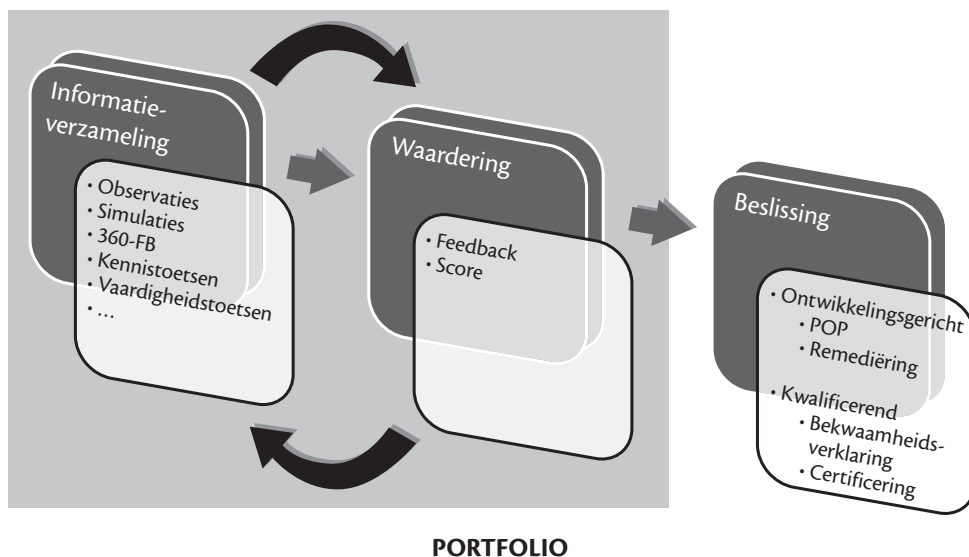
Leeswijzer

De Richtlijn “Interpretatie en gebruik van toetsresultaten in het portfolio” bestaat uit

twee onderdelen. Het eerste deel van de Richtlijn is bedoeld voor toepassing in de dagelijkse opleidingspraktijk. Een aantal belangrijke uitgangspunten en aandachtspunten bij toetsing wordt hierin samengevat. Het tweede deel bevat de uitwerking en onderbouwing van de Richtlijn, op basis van theoretische inzichten en praktijkervaringen in verschillende contexten, waaronder het medisch opleidingscontinuüm. Dit deel wordt afgesloten met een aantal kaders en stappenplannen die een overzicht geven van de aandachtspunten en randvoorwaarden bij toetsing in de medisch-specialistische vervolgopleiding.

Toetsing in de medisch-specialistische vervolgopleiding

Toetsing tijdens de medisch-specialistische vervolgopleiding kan gedefinieerd worden als ‘systematische en structurele evaluatie van het functioneren van de aios voor formatieve en/of summatieve doeleinden’ (zie Figuur 1). De belangrijkste functie van toetsen is het sturen van het



Figuur 1. Het proces van toetsing zoals zichtbaar gemaakt in het portfolio.

leren en het stimuleren van de competentieontwikkeling van de aios, door het verschaffen van feedback, en het vaststellen van sterke kanten en verbeterpunten in het functioneren (formatieve functie van toetsen; ontwikkelingsgericht). Deze formatieve functie van toetsing is belangrijk bij alle vormen van toetsing in de vervolgopleiding, maar vooral bij werkplekbeoordelingen staat de ontwikkelingsgerichte functie centraal. Concrete, specifieke en frequente feedback op het functioneren in de praktijk stelt de aios in staat gericht actie te ondernemen om de kwaliteit van handelen te verbeteren. Documentatie van de feedback in het portfolio – in de vorm van bijvoorbeeld Korte Praktijkbeoordelingen (KPB), Objective Structured Assessment of Technical Skills (OSATS) of 360 graden feedback – stelt aios en opleiders in staat het leerproces te monitoren en te sturen.

Toetsresultaten in het portfolio vormen daarnaast ook bewijsmateriaal dat gebruikt kan worden bij het onderbouwen van beslissingen over bekwaamheid en voortgang in de opleiding (summatieve functie van toetsen; kwalificerend). Documentatie van feedback en evaluatie van performance is dan essentieel bij het tijdig signaleren van aios die in aanmerking dienen te komen voor extra begeleiding of remediëring.

Toetsing tijdens de medisch-specialistische vervolgopleidingen is dus gericht op het zichtbaar maken van het functioneren van de aios, gerelateerd aan de doelstellingen van de opleiding. De doelstellingen voor de opleiding als geheel en voor de verschillende opleidingsfasen zijn beschreven in het opleidingsplan, opgesteld door de betreffende wetenschappelijke vereniging, en uitgewerkt in het regionaal opleidingsplan. De opleidingsdoelstellingen hebben zowel betrekking op algemene competenties (CanMEDS) als op

specialisme-gebonden competenties (of bekwaamheden, geordend in thema's).

Toetsen van competenties

In het algemeen geldt dat betrouwbare en valide uitspraken over competenties alleen mogelijk zijn op basis van gevarieerde informatie, afkomstig van verschillende informatiebronnen (verschillende toetsinstrumenten, verschillende beoordelaars). Er zijn binnen de medisch-specialistische vervolgopleiding vele toetsmethoden en -instrumenten beschikbaar (zie Tabel 1). Elk van de instrumenten levert specifieke informatie over deelaspecten van het professionele handelen van de aios, vaak gekoppeld aan meerdere competentiedomeinen.

(Frequente) beoordelingen van het functioneren op de werkplek (het 'DOES-niveau' van Miller) en expertoordelen van de leden van het opleiderteam zijn essentieel voor het beoordelen van competenties in de medisch-specialistische vervolgopleiding. Relevante informatie over het functioneren van een aios in een bepaald competentiedomein wordt echter ook verschaft door kennistoetsen, simulatietoetsen, wetenschappelijke activiteiten, gevolgde scholing en cursuscertificaten, en registratie van praktijkervaringen (logboek).

Richtlijnen en minimumeisen voor toetsing van professionele competenties zijn beschreven in de (regionale) opleidingsplannen. Uit onderzoek blijkt dat voor het nemen van betrouwbare beslissingen *veel toetstijd* noodzakelijk is. Voor kennistoetsen (KNOWS HOW) geldt bijvoorbeeld dat 2-3 uur toetstijd vereist is voor het kunnen doen van betrouwbare uitspraken; voor het SHOWS HOW-niveau is gemiddeld 3-4 uur toetstijd noodzakelijk (op jaarbasis, eventueel verspreid in de tijd af te nemen). Voor het DOES-niveau gelden vergelijkbare richtlijnen. Concreet betekent dit dat een aios voor het DOES-niveau op jaarbasis bijvoorbeeld acht KPB's,

Tabel 1. Overzicht van toetsmethoden en -instrumenten naar Miller-niveau.

Miller-niveau	Toetsmethoden / -instrumenten
DOES	KPB, 360 graden feedback; OSATS, opdrachtverslagen (bijvoorbeeld CAT, PICO), verslaglegging, brieven, statusnabespreking, onaangekondigde simulatiepatiënten, praktijk audits, voorschrijfgedrag, patiëntuitkomsten
SHOWS HOW	Stationstoetsen, simulatietoetsen, toetsen met Standardized Patients
KNOWS HOW	Casusgebonden schriftelijke toetsen (Multiple choice, essays, key-feature, etc.), mondelinge examens gericht op klinische toepassing
KNOWS	Schriftelijke toetsen (Multiple choice, essays, key-feature, etc.), mondelinge examens gericht op feitenkennis

enkele praktijkopdrachten of -besprekingen en een 360 graden feedbackrapportage in zijn/haar portfolio opneemt.

Beslissingen over bekwaamheid respectievelijk certificering worden dus altijd genomen op basis van geaggregeerde informatie over het functioneren van de aios, verzameld over een langere tijdsperiode en afkomstig van verschillende informatiebronnen. *Eén enkele beoordeling (werkplekbeoordeling c.q. toetsresultaat) mag nooit de enige en unieke basis vormen voor het nemen van summatieve beslissingen!* Het proces van informatieaggregatie en besluitvorming is vergelijkbaar met de besluitvorming bij gezondheidsklachten van patiënten: één enkel symptoom of signaal is onvoldoende om beleid te kunnen uitstippelen. Definitief beleid wordt pas vastgesteld na zorgvuldige selectie, ordening en interpretatie van relevante gegevens uit verschillende informatiebronnen in het patiëntendossier (zoals anamnese, lichamelijk onderzoek, laboratoriumonderzoek en ander aanvullend onderzoek), zonodig na consultatie van collega's.

Interpretatie en gebruik van toetsresultaten in begeleidingsgesprekken

Het gebruik van het portfolio, hetzij bij het coachen of sturen van het leerproces, hetzij bij het nemen van beslissingen over voortgang en bekwaamheid, veronderstelt dat de in het portfolio verzamelde informatie een representatief beeld geeft van het feitelijke functioneren van de aios in de opleiding. Toetsresultaten vormen een deel van de relevante informatie. Prescriptieve richtlijnen voor wat betreft noodzakelijke aantallen en typen beoordelingen voor het nemen van beslissingen c.q. doen van uitspraken zijn niet beschikbaar. Dit hangt sterk af van het competentiedomein of de taak waarover we uitspraken willen doen, maar ook van het individuele leertraject van de aios. Afhankelijk van de wijze waarop de aios functioneert en afhankelijk van het risico dat verbonden is aan de te beoordelen activiteiten, kan behoefte bestaan aan meer of minder (formele) beoordelingsmomenten. Patiëntveiligheid is daarbij een belangrijk criterium. Beslissingen vragen daarom steeds om een verstandige interpretatie van de informatie in het portfolio, gegeven de

actuele opleidingssituatie van de aios en de eisen in het opleidingsplan.

Bij interpretatie en gebruik van toetsresultaten is een aantal aandachtspunten van belang:

- *Maak samenvattende overzichten:* Om het leren van de aios te coachen en te sturen is het noodzakelijk inzicht te hebben in sterke kanten en in mogelijke verbeterpunten in het functioneren, bijvoorbeeld op basis van samenvattende overzichten per competentiedomein (algemeen en/of specialisatiegebonden). Elektronische portfoliosystemen kunnen hierbij ondersteunen door het genereren van overzichtsrapportages, al dan niet uitgesplitst naar (deel)competenties en opleidingsthema's. Vooral de *geschreven* (narratieve) feedback geeft concrete handvatten voor gerichte sturing van het leerproces. Gemiddeld behaalde scores hebben vooral een signaleringsfunctie.
- *Check scores en feedback die afwijken van de trend:* Op basis van één enkele werkplekbeoordeling wordt specifieke informatie verkregen over het functioneren op dat moment, ten aanzien van één specifieke taak of patiëntenprobleem (bijvoorbeeld jong kind met buikklachten) in één specifieke situatie (bijvoorbeeld poli, afdeling, SEH). Feedback en behaalde scores op separate (werkplek)beoordelingen (met name uitschieters naar boven en beneden) kunnen daarmee een gedetailleerde indicatie geven van specifieke bekwaamheden en aandachtspunten in het functioneren. Discrepancies tussen zelfoordelen en oordelen van anderen (bijvoorbeeld in de 360 graden feedback) kunnen een belangrijk hulpmiddel zijn bij het stimuleren van reflectie.
- *Baseer beslissingen uitsluitend op geaggregeerde en gevarieerde informatie:* Uit-

spraken over *competenties* zijn niet mogelijk op basis van één enkele toets of toetsinstrument. Geen enkele toets of toetsinstrument voldoet aan alle kwaliteitseisen wat betreft betrouwbaarheid en validiteit. Uitspraken over competenties zijn daarom bij voorkeur gebaseerd op een variatie aan toetsresultaten, afkomstig van verschillende instrumenten en bronnen. In het portfolio dienen in elk geval beoordelingen op het 'DOES'-niveau (Miller) aanwezig te zijn, met een zekere regelmaat en gespreid in de tijd afgenomen. Let daarnaast op variatie in werkplekbeoordelingen: is er sprake van voldoende variatie in patiëntproblematiek? Voldoende variatie in beoordelingssituaties? Voldoende variatie in beoordelaars? In het algemeen geldt dat veel beoordelingen noodzakelijk zijn om te kunnen komen tot betrouwbare uitspraken over het functioneren in een bepaald (competentie)domein. Voor werkplekbeoordelingen die gebaseerd zijn op individuele patiëntcasus (bijvoorbeeld KPB, OSATS) geldt dat 6-11 beoordelingen noodzakelijk zijn om te komen tot betrouwbare oordelen. Wat betreft het aantal beoordelaars geldt ten aanzien van werkplekbeoordelingen dat 6-10 beoordelaars nodig zijn om van betrouwbare oordelen te kunnen spreken (grotere aantallen als het gaat om patiëntoordelen!).

- *Geschreven (narratieve) feedback is belangrijker dan scores:* Bij de interpretatie van toetsresultaten, en in het bijzonder van werkplekbeoordelingen, zijn behaalde scores minder informatief dan geschreven feedback. Interpretatie van scores kan lastig zijn als er gebruik gemaakt wordt van uiteenlopende toetsinstrumenten met verschillende scoringsmodellen. Daarnaast is er vaak sprake van milde oor-

delen (score-inflatie) en kunnen beoordelaars van elkaar verschillen wat betreft de manier waarop toetsinstrumenten gebruikt worden (verschillen in gehanteerde referentiekaders, criteria, e.d.). Het is daarom belangrijk dat goede afspraken gemaakt worden in opleiderteams over het gebruik van instrumenten.

- *Trianguleer de informatie:* Toetsresultaten zijn niet de enige bron van informatie. Trianguleer de verkregen informatie, dat wil zeggen: vergelijk toetsresultaten met elkaar en met andere informatiebronnen, waaronder het expertoordeel van het opleiderteam. Wijst alle informatie in dezelfde richting? Is er (duidelijk) sprake van groei? Bij twijfel of bij niet consistente informatie moet aanvullende informatie verzameld worden (in de vorm van werkplekbeoordelingen, observaties, of anderszins).
- *Neem beslissingen op basis van verdedigbare standaarden:* In opleidingsplannen worden minimumeisen (absolute standaarden) beschreven waaraan aios op verschillende momenten in de opleiding dienen te voldoen. Er is echter nog maar beperkt evidence-based informatie beschikbaar over leertrajecten van aios in de medisch-specialistische vervolgopleidingen, zeker als het gaat om de algemene competenties. Daarom wordt aanbevolen om scores en competentieontwikkeling van de individuele aios steeds te vergelijken met die van een adequaat gekozen referentiegroep, bijvoorbeeld aios uit dezelfde opleidingsregio in een zelfde fase van opleiding. Ook hierbij kan ondersteuning geboden worden door elektronische portfoliosystemen. Maak in ieder geval in het opleiderteam goede afspraken over te hanteren criteria en standaarden (organiseer consensusbesprekingen).
- *Motiveer en documenteer beslissingen:* Maak duidelijke afspraken over besluitvormingsprocedures. Pas procedures aan aan de zwaarte van de beslissing: gebruik meerdere beoordelaars en consensusprocedures als beslissingen lastig en zwaarwegend zijn. Neem beslissingen over de voortgang in de opleiding als team. Geef de aios, waar mogelijk, een stem in de besluitvorming. Motiveer en documenteer summatieve beslissingen (bekwaamverklaringen, voortgangsbepalingen).

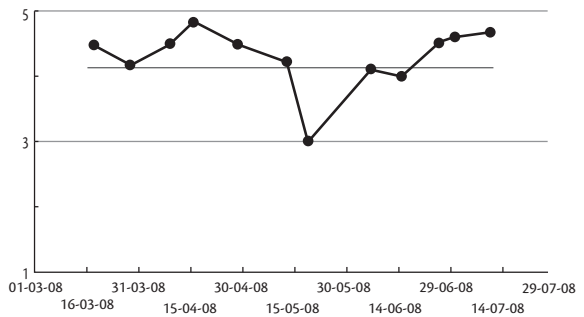
Randvoorwaarden

Beschreven gebruik van toetsen, waarbij toetsresultaten zowel gebruikt worden om het leerproces te sturen als om beslissingen te onderbouwen, vereist een veilige omgeving voor alle betrokkenen. Maak duidelijke afspraken met alle betrokkenen (aios en staffleden) over de wijze waarop toetsing en begeleiding plaatsvinden; helderheid over wederzijdse verwachtingen, criteria, standaarden en procedures draagt bij aan een veilig leerklimaat. Veiligheid neemt toe naarmate evaluatie en documentatie van functioneren meer ingebed worden in dagelijkse werkrouines. Draag als opleiderteam gezamenlijk verantwoordelijkheid voor de kwaliteit van toetsing. Zorg – waar nodig – voor professionalisering van staf en aios.

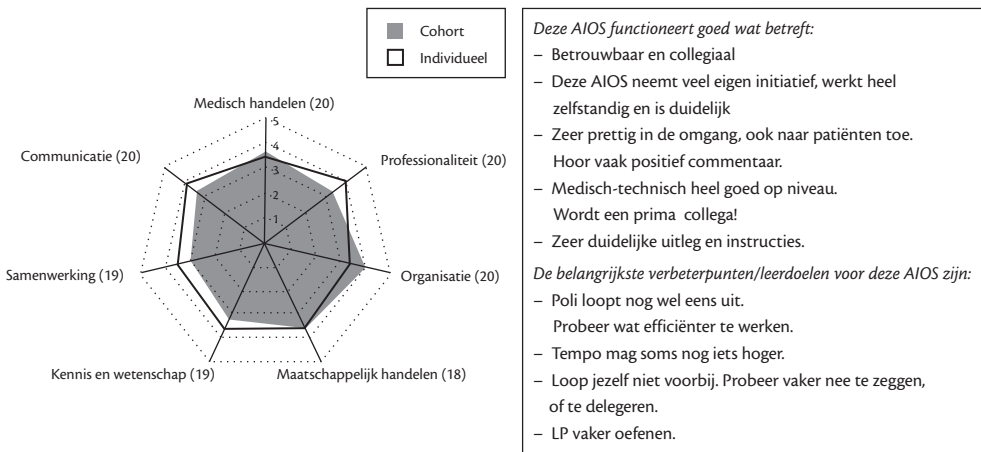
Voorbeelden van een geaggregeerde rapportage over een aios

In de onderstaande drie figuren zijn enkele voorbeelden afgebeeld van aggregatie van toetsresultaten uit aios-portfolio's. Elektronische portfoliosystemen kunnen ondersteunen bij het maken van dergelijke samenvattende overzichten. De voorbeelden in de Figuren 2, 3 en 4 zijn afkomstig van MMTSS/ePASS (ontwikkeld in OOR Zuid-Oost Nederland).

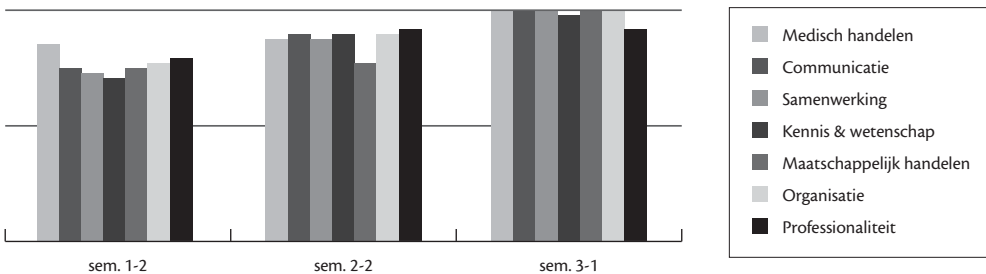
Overzicht beoordelingen	Datum	Score Communicatie
KPB poli algemeen	2008-03-18	4,5
Referaat	2008-03-29	4,2
...		
KPB slecht nieuws	2008-05-19	3,0
360-graden feedback	2008-06-06	4,0
...		
KPB poli algemeen	2006-06-26	4,5
...		



Figuur 2. Overzicht van toetsmomenten over een periode van enkele maanden en van behaalde scores voor het competentiedomein ‘Communicatie’, per toetsmoment.



Figuur 3. Gemiddeld behaalde scores per CanMEDS domein in één semester, berekend over alle toetsinstrumenten, en bijbehorend overzicht van narratieve feedback op beoordelingsformulieren. Individueel behaalde scores worden vergeleken met gemiddeld behaalde scores van een referentiegroep (aios in het zelfde opleidingscohort).



Figuur 4. Gemiddeld behaalde scores per CanMEDS domein, berekend over alle toetsinstrumenten, voor verschillende fasen (semesters) in de opleiding.

Richtlijn bekwaamverklaringen in de specialisten-opleiding

J.P. Lips, F. Scheele, M.G.K. Dijksterhuis, M. Westerman, Th.J. ten Cate

Voorwoord

Bij de uitvoering van het In VIVO-project in het kader van de modernisering van de opleiding tot medisch specialist, bleek behoefte te bestaan aan richtlijnen voor vernieuwde aspecten van de opleiding, zoals de noodzaak tot explicitering van binnen de opleiding te behalen niveaus van bekwaamheid. De opdracht tot het ontwerpen van een Richtlijn bekwaamverklaringen is verleend aan het In VIVO kernteam van het VUmc.

De Richtlijn is ontworpen door een kleine projectgroep, bestaande uit dr. Jos Lips, prof. dr. Fedde Scheele, drs. Marja Dijksterhuis, drs. Michiel Westerman en prof. dr. Olle ten Cate.

De projectgroep heeft deze discussie in kaart gebracht en verder gevoerd. Aan de hand van literatuur uit onderwijskundige en meer maatschappelijk georiënteerde hoek werd vervolgens verdieping gezocht. Er is niet heel veel evidentie over het effect van het systeem van bekwaamverklaren. De Richtlijn heeft vooral het karakter van een onderbouwing en verantwoording en probeert waar mogelijk een praktische vertaling te geven.

Status van de Richtlijn

Deze Richtlijn is bedoeld als hulp bij de invoering en uitvoering van bekwaamverklaringen in de opleiding van aios. Werken met bekwaamverklaringen wordt geadviseerd, past bij competentiegericht onder-

wijs en is tot op zekere hoogte onderdeel van de opleiding, zoals vastgelegd in het Kaderbesluit Centraal College Medische Specialismen (CCMS) 2009.

Na acceptatie van deze Richtlijn is het aan de concilia van de wetenschappelijke verenigingen, die een systeem van bekwaamverklaringen willen opzetten of verfijnen, om met hulp van deze Richtlijn onderwerpen voor bekwaamverklaringen te definiëren en de opleidingsprogramma's aan te passen.

Dit is een document dat in de huidige discussie rond de bekwaamverklaring functioneel is. Deze discussie zal zich naar verwachting in de komende jaren verder ontwikkelen en om vernieuwing van de Richtlijn vragen.

Inleiding

Hoewel er bij diverse opleidingen tot medisch specialist al enigermate ervaring is opgedaan met bekwaamverklaringen is hierover in de literatuur en op het internet nauwelijks nog specifieke informatie te vinden. De eerste artikelen komen nu ter beschikking.¹⁻²

Deze Richtlijn motiveert het gebruik van bekwaamverklaringen daarom op basis van de algemene literatuur over maatschappelijke ontwikkelingen en onderwijskundige kennis en beoogt een grondslag te leggen voor de verdere toepassing van bekwaamverklaringen bij de opleiding tot medisch specialist.¹⁾

1) In deze Richtlijn wordt vaak het specialisme Obstetrie & Gynaecologie als voorbeeld genomen. De Richtlijn is mutatis mutandis echter ook voor andere specialismen van toepassing.

Definitie

Bekwaamverklaringen worden verstrekt aan de aios van wie de opleider heeft vastgesteld dat deze de competenties bezit die noodzakelijk zijn om de betreffende professionele activiteit zelfstandig uit te voeren, uiteindelijk ook indien er geen supervisie aanwezig is. De aios die 'bekwaam' verklaard wordt kan zowel 'kundig', als 'geschikt' als 'bevoegd' worden beschouwd voor de uitvoering van de professionele activiteit waarop de verklaring van toepassing is. De activiteit kan min of meer formeel aan de bekwaamverklarde aios worden toevertrouwd.

Doel

Met het gebruik van bekwaamverklaringen worden drie doelen beoogd: 1) het sturen van het leerproces van de aios en het doelgericht opleiden, 2) het objectiveren van de toenemende bekwaamheid van de aios en 3) aandacht voor borgen en verantwoorden van de patiëntveiligheid. De bekwaamverklaring geeft de superviserend specialist houvast in het bepalen van de mate van zelfstandigheid die hij/zij aan een aios toevertrouwt en maakt een flexibele opleidingsduur mogelijk. Ook sluit het werken met bekwaamverklaringen aan bij de Wet Beroepen Individuele Gezondheidszorg (BIG), waarin de beroepsbeoefenaar bevoegd wordt verklaard mits hij of zij bekwaam is.

Object van bekwaamverklaringen

De activiteiten waarvoor bekwaamverklaringen worden afgegeven betreffen concrete handelingen die onderdeel vormen van het beroep en die onder voorwaarden kunnen worden toevertrouwd aan een voldoende competente aios.

Het is niet nodig om voor alle activiteiten van het basispakket van de betreffende discipline bekwaamverklaringen af te geven. Sommige typen activiteiten behoeven geen bekwaamverklaring. Bekwaamverklaringen zijn wel zinvol bij kritische activiteiten die men nooit zou toevertrouwen aan een ongetrainde collega. Criteria bij de keuze zijn de frequentie van voorkomen, het voorbeeldkarakter van een behandeling²⁾ waarbij enkele algemene competenties opvallend worden aangesproken, en activiteiten met een hoog risico. Per taak wordt de aios bekwaam verklaard. Daarboven kan een bekwaamverklaring worden afgegeven voor een heel thema. Als voor meerdere taken van beperkte omvang binnen een vakinhoudelijk thema een hoger niveau van bekwaamheid bestaat, kan onder voorwaarden bekwaamheid voor het hele thema worden toegekend.

Beoordeling van bekwaamheid

De beslissing over de toekenning van een bekwaamverklaring voor een professionele activiteit ligt bij de opleider. Dit vergt een beoordeling, waaraan bestaande informatiebronnen moeten bijdragen: Korte Praktijk Beoordelingen (KPB), Objective Structured Assessment of Technical Skills (OSATS), Multisource feedback, producten van de aios, zoals de kwaliteit van patiëntenstatus en een logboek van praktijkervaringen en bijscholingen. De beslissing tot bekwaamverklaring wordt met tenminste twee ervaren collegae gedeeld.

Traject naar bekwaamheid

Voor een bekwaamverklaring kunnen opleider en aios summatieve praktijkbe-

2) Waar in deze Richtlijn 'behandeling' staat wordt ook bedoeld 'procedure', 'ingreep', 'gesprek', 'handeling' of 'vaardigheid'.

oordelingen afspreken, waarbij vastgesteld wordt op welk niveau de aios de behandeling kan uitvoeren: niveau 1 (niet); niveau 2 (onder strenge proactieve supervisie), niveau 3 (onder beperkte, reactieve supervisie), niveau 4 (zonder supervisie) en niveau 5 (superviseert zelf en geeft onderwijs). Een te voren afgesproken aantal beoordelingen (bijvoorbeeld vijf) op niveau 3 kan als voorwaarde gelden om een bekwaamverklaring op niveau 4 in overweging te nemen. Bij deze beslissing moeten meerdere stafleden zijn betrokken. Indien een aios niet in staat is om voldoende bekwaamverklaringen te verwerven zal dat leiden tot beëindiging van de opleiding.

Geldigheidsduur bekwaamverklaringen

In deze Richtlijn worden bekwaamverklaringen beschouwd als opleidingsinstrument die geldig zijn tijdens de opleiding. Formele herregistratie van afzonderlijke bekwaamverklaringen wordt vooralsnog niet aanbevolen, maar uit een portfolio van de professional kan blijken hoe de bekwaamheid is ontwikkeld en onderhouden.

Invoering van bekwaamverklaringen in de opleiding

Aanbevolen wordt een lokaal protocol op te stellen voor het omgaan met bekwaamverklaringen, met aandacht voor de plaats in het portfolio, en voor het hanteren van een 'vetorecht' van twee kanten. Zowel de opleider als de aios moeten op grond van observatie respectievelijk zelfobservatie akkoord zijn met de bijbehorende stap naar zelfstandigheid. Dit vergt een veilig leerklimaat. Ook moeten bekwaamverklaringen gevolgd worden door regelmatige toepassing van de betreffende professionele activiteit om de bekwaamheid te consolideren. De bekwaamverklaring wordt opgenomen in het portfolio van de aios en geregistreerd door de instelling. Bekwaamverklaringen kunnen in de opleiding van specialisten een rol spelen bij de beschrijving van de 'output' van een common trunc, bij een verdiepingstage of differentiatie of bij een fellowship.

Een centrale instructie over het werken met bekwaamverklaringen voor opleiders is aan te bevelen, al of niet opgenomen in een Train-de-Trainer cursus.

