**Voorlopig programma
*Titel training: “Dedicated didactische nascholing coschap ‘Paars’”***

***Context***

Sinds september 2017 lopen in 7 regionale ziekenhuizen structureel 72 vijfdejaars coassistenten van het UMC Utrecht het nieuwe geïntegreerde en innovatieve coschap ‘Paars’. De interne geneeskunde, chirurgie, anesthesiologie, SEH en IC staan centraal, evenals de zorg voor de ‘complexere’ en ‘acute(re)’ patiënt.
De basis voor het vernieuwde concept komt voort uit studentevaluaties, visitatierapporten en voortschrijdende inzichten in medische onderwijskunde\*. Daarnaast zijn de afgelopen jaren specialisten en andere experts van de verschillende betrokken ziekenhuizen onderdeel geweest van het ontwerpteam. De belangrijkste punten van het concept zijn als volgt:

1. ***Integratie tussen de deelnemende disciplines;***van oudsher leiden disciplines coassistenten los van elkaar op. In Paars worden coassistenten -waar mogelijk en logisch- gezamenlijk opgeleid door de deelnemende disciplines binnen de muren van één ziekenhuis. De coassistent krijgt daarmee ook inzicht in het samenspel tussen de disciplines. De deelnemende disciplines formuleren gezamenlijk één eindoordeel over het functioneren van de coassistent tijdens coschap paars: presteert deze student, in deze fase van de opleiding tot basisarts, ‘op’, ‘onder’ of ‘boven’ niveau?
2. ***Het volgen van het pad van de patiënt door de zorg;***artsen hebben tegenwoordig steeds kortere behandelrelaties met patiënten. Om vervreemding van de patiënt (ofwel ‘ethical erosion’ bij de coassistent) te voorkomen doorloopt de coassistent in coschap Paars in 12 weken tijd een fictieve patiënten ‘track’. Niet een discipline maar een patiëntenpad staat tijdens coschap Paars dus centraal. Door het volgen van de track (bijvoorbeeld ‘oncologie’) krijgt de coassistent inzicht in het verloop van een ziektebeeld door de tijd heen. Ook geeft het de coassistent inzicht in hoe een patiënt zich gedurende een langere periode door de gezondheidzorg heen beweegt en zich bijvoorbeeld via de polikliniek, naar OK, naar IC, naar afdeling verplaatst.
3. ***Longitudinale begeleiding van de coassistent;***

ook coassistenten en supervisors op de werkvloer hebben vaak slechts kortstondig contact met elkaar. Het is daarom moeilijk om de leercurve van een coassistent goed in kaart te krijgen en tijdens een coschap de coassistent taken toe te bedelen die goed aansluiten bij zijn niveau. Dit maakt het ook moeilijk om tot een goed gefundeerd eindoordeel te komen. Coschap Paars wil dit verbeteren door bijvoorbeeld een mentor (staflid of AIOS) als vast aanspreekpunt voor de coassistent aan te stellen. Ook het benoemen van een staflid dat hoofdverantwoordelijk voor de beoordeling van een specifieke coassistent is onderdeel van het nieuwe coschap plan. Tot slot werkt de opleiding sinds september 2017 met een nieuw elektronisch portfolio. Daardoor moet beoordeling gemakkelijker en het niveau van een coassistent per taak (EPA) inzichtelijker worden.

1. ***Beoordeling gericht op EPA’s:***

door de beoordeling van de studenten aan de hand van EPA’s (Entrustable Professional Activities) worden de studenten bekwaam verklaard voor een bepaald onderdeel van klinische werkzaamheden op een bepaald supervisie niveau waar zij nadien op voort kunnen bouwen. Het EPA raamwerk voor Paars is in het afgelopen collegejaar (2016-2017) nieuw ontwikkeld.

1. ***Opleidingsklimaat en studentencultuur;***

Coassistenten opleiden vraagt getrainde specialisten die samen een uitnodigende leeromgeving kunnen creëren. Van studenten vraagt het o.a. een open leerhouding. Stress en burn-out zijn helaas tegenwoordig ook actuele thema’s. De ‘self-determination theory’ geeft handvaten voor het creëren van een motiverende omgeving voor student en specialist.

***Opzet***In deze training wordt er met dedicated opleidingsteams gewerkt. Dit zijn teams van medisch specialisten, uit steeds één ziekenhuis, die gezamenlijk de verantwoordelijkheid dragen voor het begeleiden en beoordelen van een specifieke groep coassistenten, in dit geval coschap ‘Paars’. Omdat de training plaatsvindt met het team dat ook daadwerkelijk op de werkvloer het geheel vorm moet geven, is deze training specifiek een kalibratietraining. Naast kennisvergaring is een belangrijk doel dat de teamleden hun eigen visie en gedrag bespreekbaar maken en onder begeleiding van een expert tot een sterke gedeelde visie komen: 'zo leiden wij hier ‘Paarse’ coassistenten op'. De training biedt ook ruimte om samen bijbehorende vaardigheden te oefenen.

**Deel 1, voorbereiding (1 uur):**

* Bestuderen artikelen (30 min).
Achtergrondinformatie: Een mix van artikelen\* die kernconcepten toelichten die leidend zijn geweest bij de ontwikkeling van het nieuwe geneeskundecurriculum van het UMC Utrecht dat momenteel gefaseerd wordt geïmplementeerd. Denk aan ‘EPA’s’, ‘longitudinale supervisie’ en ‘interdisciplinaire samenwerking’;
* Opstellen persoonlijk visiestuk rondom het opleiden van coassistenten (30 min).
Achtergrondinformatie: Deelnemers krijgen bij deze opdracht enkele begeleidende vragen en worden verzocht de literatuur te integreren.

**Deel 2, trainingsbijeenkomst (4 uur):**

Introductie

* Kennismaking, inventarisatie voorkennis en visie (30 min).

Achtergrondinformatie: De training is opgezet vanuit het gedachtegoed van de ‘self-determination theorie’. Door zowel te investeren in relatie, competentie en autonomie, willen wij een motiverende omgeving creëren voor de deelnemers. Tijdens de opstart staan relatie en autonomie centraal, namelijk door te starten met kennismaking en uitwisseling (relatie) en door aandacht te besteden aan de voorkennis en punten waar deelnemers persoonlijk mee worstelen. Met dit laatste hebben de deelnemers daadwerkelijk invloed op het programma, docenten bepalen op basis van de input van de deelnemers welke thema’s tijdens de training nadruk krijgen (autonomie).

Kern

* Videocasus 1: observeren, nabespreken en beoordelen van een coassistent (60 min);
* Videocasus 2: observeren, nabespreken en beoordelen van een coassistent (60 min).
* Videocasus 3: motiveren student en collega (60 min).

Achtergrondinformatie: In de kern van de training staat competentie centraal, wat overigens niet wil zeggen dat er geen ruimte meer is voor relatie en autonomie. Deelnemers krijgen de ruimte om middels video casuïstiek te onderzoeken hoe zij beoordelen, feedback geven en motiveren van coassistenten aanpakken. Middels discussie in kleine groepen met peers en aansluitend een plenair geleide discussie met een expert (de docent) wordt iedere casus nabesproken (werkvorm ‘denken-delen-uitwisselen’). Zodoende oefenen de deelnemers gaandeweg met nieuwe vaardigheden en wordt toegewerkt naar een kwalitatief goede en uniforme visie op opleiden in ‘team Paars’.
Na het bekijken van video 1 worden de deelnemers gevraagd eerst individueel een KPB voor de student in te vullen en te bedenken hoe zij het feedbackgesprek met de betreffende co zouden vormgeven (focus nabespreking: hoe geven wij schriftelijke en mondelinge feedback? Wat vinden wij ‘op’, ‘onder’ en ‘boven’ niveau?).
Bij video 2 worden de deelnemers gevraagd of zij aan de hand van een fictief e-portfolio en een videofragment van een tussentijds gesprek met een student een bekwaamverklaring kúnnen en wíllen afgeven (focus nabespreking: welke informatie hebben collega’s die bekwaamverklaringen tekenen van collega’s uit de kliniek nodig? Hoe geven wij die beoordelingsketen vorm?).
Bij video 3 worden de deelnemers gevraagd een beoordeling van ‘professioneel gedrag’ in te vullen (focus bij nabespreken: wat verwachten wij van een ‘Paarse’ student op gebied van professionaliteit? Wat is absoluut vereist en wat doen we met twijfelgevallen? En hoe gaan wij om met stress en prestatiecultuur bij studenten?). Gedurende alle video’s is aandacht voor omgang met de eigen emoties, beoordelaarsvalkuilen en het ‘meekrijgen’ van collega’s.

Slot

* Formuleren gezamenlijke visie, voornemens en taakverdeling (30 min).
* Evaluatie (5 min).

Achtergrondinformatie: Afsluitend is er aandacht voor het formuleren van de gezamenlijke visie, aanpak en rolverdelingen. Er wordt aandacht besteed aan het concept ‘implementatie’ en wat daarvoor nodig is (en welke valkuilen je moet vermijden). Er wordt toegewerkt naar concrete voornemens en benoeming van concrete ‘change agents’. De evaluatie kan zich momenteel nog enkel toespitsen op de lagere levels van de piramide van Kirkpatrick en zal zowel mondeling (open gesprek over sterke en verbeterpunten van de training) als schriftelijk (anonieme vragenlijst) in de laatste minuten van de training plaatsvinden.

**Deel 3, follow-up opdracht (1 uur):**

* Opstellen persoonlijk reflectieverslag rondom gedeelde taal en visie op opleiden (1 uur).

Achtergrondinformatie: deze follow-up opdracht is ter stimulans van daadwerkelijke transfer naar de praktijk en met oog op de wens deze dedicated teamtraining voor coschap Paars cyclisch te maken.

**Doelen**

De deelnemers:

…kunnen uitleggen welke curriculumveranderingen er plaatsgevonden hebben en vanuit welke visie -en daarbij horende kernconcepten- in coschap Paars gewerkt wordt;

...hebben inzicht in hun persoonlijke motivatie, overtuigingen, rol en aanpak van begeleiden en beoordelen van coassistenten;

...dragen bij aan het (door)ontwikkelen van de gezamenlijke visie op en uitvoering van coassistenten opleiden;

...hebben concrete voornemens in hoe zij kunnen bijdragen aan de gezamenlijke visie en ambities in opleiden;

...reflecteren op hoe deze voornemens zich vertalen in gedrag en opbrengst.

**Overig**

* Streven is om deze training cyclisch te maken en later in de cyclus ook in de hogere levels van het Kirkpatrick model te evalueren;
* Certificaat krijgen deelnemers achteraf per e-mail toegestuurd;
* Presentielijst wordt uiterlijk 2 maanden na afronding van de nascholing door de trainer ingevoerd in GAIA;
* Bijschrijving punten gebeurt achteraf, na voltooiing van de training.

**\***In de voorselectie zitten artikelen die bij de ontwikkeling van het nieuwe geneeskunde curriculum een belangrijke rol hebben gespeeld:

Cooke M, Irby D, O’Brien BC. Educating Physicians - A Call for Reform of

Medical School and Residency. San Francisco: Jossey-Bass 2010.

Dahle LO, Brynhildsen J, Behrbohm Fallsberg M, Rundquist I, Hammar M.

Pros and cons of vertical integration between clinical medicine and basic

science within a problem-based undergraduate medical curriculum:

examples and experiences from Linköping, Sweden. Medical teacher

2002;24(3):280–5.

Frenk J, Chen L, Bhutta Z, Cohen J, Crisp N, Evans T, et al. Health professio-

nals for a new century: transforming education to strengthen health

systems in an interdependent world. The Lancet 2010;376(9756):1923–58.

Hirsh D, Ogur B, Thibault GE, Cox M.“Continuity” as an organizing principle for

clinical education reform. The New England journal of medicine

2007;356(8):858–66

Hirsh D, Walters L, Poncelet AN. Better learning, better doctors, better delivery

system: Possibilities from a case study of longitudinal integrated clerkships.

Medical teacher 2012;34(7):548–54.

O’Neill L, Hartvigsen J, Wallstedt B, Korsholm L, Eika B. Factors associated

with dropout in medical education: a literature review. Medical education

2011;45(5):440–54.

Poncelet AN, Wamsley M, Hauer KE, Lai C, Becker T, O’Brien B. Patient views of

continuity relationships with medical students. Medical teacher 2013;12:465–71.

Ten Cate O. Nuts and Bolt of Entrustable professional activities. Journal of

graduate medical education 2013;5(1):157–8.