Onderwijsvernieuwing als beleidsinstrument. Over de modernisering van de medische vervolgopleidingen.

A. de Bont, I. Wallenburg, M.J. Heineman, S.J. van Luijk, J.A.A.M. van Diemen-Steenvoorde, F. Scheele, P. Meurs

Samenvatting

Inleiding: Onderwijsvernieuwing wordt meer en meer gezien als een beleidsinstrument. Dit artikel gaat over de vraag hoe dit instrument werkt, dat wil zeggen we zijn op zoek gegaan naar de betekenis van het project Modernisering van de Medische Vervolgopleidingen (MMV) voor de modernisering van de zorg.

Methode: Het onderzoek is een etnografische studie. In het onderzoek zijn diverse dataverzamelingsmethoden gebruikt, zoals documentenanalyse en formele en informele interviews. De kern van de studie zijn de observaties van het landelijke projectteam In VIVO dat verantwoordelijk is voor de implementatie van de nieuwe opleidingsplannen Obstetrie & Gynaecologie en Kindergeneeskunde.

Resultaten: De Korte Praktijkbeoordeling (KPB) is voor de MMV een icoon geworden. Niet alleen heeft dit instrument vaart gegeven aan de implementatie van de opleidingsplannen Obstetrie & Gynaecologie en Kindergeneeskunde, het maakt ook voor zowel de betrokkenen als beleidsmakers zichtbaar dat er iets gebeurt dan wel gebeuren moet. Beleidsmatige doelen die de overheid heeft verbonden aan de modernisering van de vervolgopleiding, zoals de verdere ontwikkeling van taakherschikking en radicale inkorting van de opleiding, blijven echter voor een groot aantal betrokkenen buiten beeld. Onbedoeld en onvoorzien kan de modernisering van de vervolgopleiding versmallen tot de invoering van enkele toetsinstrumenten.

Conclusie en discussie: Op basis van zowel een beleidsanalyse als etnografisch onderzoek in de medische praktijk worden in dit artikel drie thema's ontwikkeld die mogelijk wel de MMV kunnen verbinden aan de modernisering van de zorg, te weten patiëntveiligheid, overdracht van informatie en continuïteit van zorg. (De Bont A de, Wallenburg I, Heineman MJ, Luijk SJ. van, Diemen-Steenvoorde JAAM van, Scheele F, Meurs P. Onderwijsvernieuwing als beleidsinstrument. Over de modernisering van de medische vervolgopleidingen. Tijdschrift voor Medisch Onderwijs 2008;27(6):316-322.)

Inleiding

Onderwijsvernieuwing is een beleidsinstrument geworden. Met het project Modernisering van de Medische Vervolgopleiding (MMV) hoopt de Nederlandse overheid de noodzakelijk geachte veranderingen in de zorg te realiseren.¹⁻³ In de projectopdracht aan het College voor de Beroepen en Opleidingen in de Gezondheidszorg (CBOG) stelt het ministerie van VWS als doel de duur van de specialistenopleidingen te verkorten en de taken tus-

sen artsen en verpleegkundigen te verdelen.⁴ Ook in andere Europese landen wordt herziening van de medische opleiding gezien als een ingang om beleidsveranderingen te realiseren.⁵ Dit artikel gaat over de vraag hoe dit instrument werkt, dat wil zeggen we zijn op zoek gegaan naar de betekenis van onderwijsvernieuwing voor het realiseren van beleidsdoelstellingen.

In dit artikel richten we ons op In VIVO. In VIVO is het project dat in 2006 is gestart

om de implementatie van de gemoderniseerde opleidingsplannen voor Obstetrie & Gynaecologie – Herziening Opleiding Obstetrie & Gynaecologie (HOOG) – en voor Kindergeneeskunde – Generieke Onderwijs en Evaluatie Doelen (GOED) – te begeleiden en te ondersteunen. Het is het vervolg op het project MMV dat in 2005 door de Stuurgroep MOBG (nu CBOG) was gestart. Alle wetenschappelijke verenigingen hadden de opdracht gekregen een opleidingsplan op te stellen waarin formele eindtermen van de opleiding worden vastgelegd. Daarbij dienen de (algemene) competenties, zoals geformuleerd in het CanMEDS 2000 model, als uitgangspunt.⁶ Conform het kaderbesluit CCMS⁷ dienen de zeven competenties expliciet te worden getoetst. Daartoe werden de beroepsgroepen verplicht het portfolio en formele beoordelingen in te voeren.

De MMV maakt deel uit van een breder en langdurig beleidstraject voor de toekomstige organisatie van de zorg. Belangrijke thema's in het beleid zijn de ontwikkelingen in de zorgvraag, de kosten van de zorg en het komen tot integrale zorg.⁸⁻¹⁰ In de moderne gezondheidszorg worden nieuwe eisen aan dokters gesteld. Die eisen liggen niet alleen op het medisch inhoudelijke terrein, maar juist ook op het vlak van communicatie, effectieve samenwerking in teams, organisatie van de zorg, aandacht voor preventie en omgang met ethische en politieke dilemma's. De CanMEDS competenties kunnen dan ook gezien worden als de expliciete verwachtingen die patiënten en andere belanghebbenden van dokters hebben.

De opzet van het artikel is als volgt. Na de paragraaf over de methoden van onderzoek, beschrijven we de richting waarin het In VIVO-project zich heeft ontwikkeld. We laten zien hoe met de focus op de ontwikkeling en invoering van toetsinstrumenten onbedoeld en onvoorzien de be-

leidsdoelstellingen, die vanaf het begin verbonden waren aan de MMV, op de achtergrond zijn geraakt. Aan het einde van de resultatenparagraaf laten we dan ook zien dat een nieuwe stap nodig is om de modernisering van de opleiding te verbinden aan de modernisering van de zorg.

Methode

Het onderzoek is een onderdeel van het evaluatieonderzoek van In VIVO. Het onderzoek beperkt zich dan ook tot de invoering van de eerste twee opleidingsplannen die zijn ontwikkeld, te weten de opleidingsplannen voor Obstetrie & Gynaecologie (HOOG) en Kindergeneeskunde (GOED).

Het onderzoek is een etnografische studie. Etnografie is een veel gebruikte methode in onderzoek naar medisch onderwijs en medische praktijken.¹¹⁻¹² Zoals gebruikelijk in etnografische studies hebben we diverse dataverzamelmethode ingezet.¹³ Het onderzoek is begin 2007 van gestart gegaan met een interviewronde. In totaal hebben we 16 formele interviews gehouden met leden van opleidingsteams, artsen in opleiding tot specialist (aios) en onderwijskundigen. In deze gesprekken hebben we vragen gesteld over de inhoud van de modernisering, de relatie tussen de beleidsvragen die aanleiding waren voor de modernisering en de veranderingen in de opleiding zelf, en de mening over c.q. de ervaring met de beoogde interventies (zoals de formele beoordelingen, het CanMEDS model en het portfolio). Alle interviews zijn op band opgenomen en letterlijk uitgetypt.

Vanaf de start van de implementatie in januari 2007 hebben we de vergaderingen van het landelijk projectteam bijgewoond, en participeerden we in twee focusbijeenkomsten en twee resultaatbesprekingen die door het landelijk projectteam in het eerste anderhalf jaar zijn georganiseerd.

Daarnaast hebben we in het najaar van 2007 gedurende een periode van drie maanden aios gevolgd tijdens hun opleiding. Naast gerichte observaties van overdrachten, visites en 'onderwijsuurtjes', hebben we ook algemene observaties gedaan van de medische praktijk. Om de observaties goed te kunnen analyseren zijn gedetailleerde aantekeningen gemaakt.

De resultaten van de analyse zijn meerdere malen besproken met de leden van het landelijke projectteam. Dit artikel is het gezamenlijke resultaat van de analyse van de bevindingen.

Resultaten

In 2007 ging het project In VIVO van start. Met het project wilden de initiatiefnemers vaart zetten achter de innovatie van de Vervolg Opleidingen (vandaar de naam 'Vaart in Innovatie VervolgOpleidingen'). Het opstellen van leerdoelen en ontwikkelen van opleidingsplannen was in hun ogen onvoldoende om de beoogde veranderingen in de opleiding én de medische praktijk te realiseren.¹⁴ Bij het ministerie van VWS was subsidie aangevraagd om de plannen voor een moderne opleiding te vertalen naar concrete instrumenten waarmee de invoering van de opleidingsplannen daadwerkelijk gerealiseerd kon worden. De beoogde instrumenten waren onder andere prototypes van toetsinstrumenten en trainingen voor opleiders en aios. Onderdeel van het subsidietraject was het opstellen van prestatieafspraken. Bijvoorbeeld de afspraak dat 80% van de opleiders en opleidingsziekenhuizen na afloop van het project de nieuwe opleidingsplannen heeft doorgevoerd op de werkvloer.¹⁴ Ook van binnenuit was er druk om de opleidingsplannen te implementeren. Binnen de beroepsgroep was verdeeldheid over de noodzaak en de reikwijdte van de veranderingen. Snelle resultaten, zogenaamde 'quick

wins', zouden kritiek op de plannen mogelijk kunnen weerleggen (bron: observaties van vergaderingen van het landelijke projectteam).

Kortom, vanaf het begin werd zowel van buitenaf (80% van de opleiders heeft de opleidingsplannen ingevoerd op de werkvloer) als van binnenuit ('waarom zijn deze veranderingen nodig?') druk uitgeoefend op het landelijk projectteam om op korte termijn resultaten te laten zien van de modernisering. Tegen deze achtergrond ontwikkelde het projectteam een strategie om de implementatie van de moderne opleidingsplannen te richten op de ontwikkeling en invoering van enkele toetsinstrumenten. Hoewel in de opleidingsplannen een groot aantal toetsinstrumenten was opgenomen (Korte Praktijk Beoordeling – KPB – multi-source feedback, Critical Appraisal of a Topic – CAT –, de kennistoets, etc.), werd het accent in het eerste jaar gelegd op de invoering van de KPB. De KPB is een korte formatieve beoordeling van een handeling van een aios in de praktijk door de opleider of een lid van het opleidingsteam. In alle regio's worden KPB's gedaan. Met acties als 'de week van KPB' kreeg de modernisering ook kleur. Het is het icoon geworden voor de modernisering van de vervolgopleiding. Het maakt concreet zichtbaar dat er wat gebeurt.

Met de focus op de invoering van onderwijsinstrumenten dreigt echter onbedoeld de modernisering van de vervolgopleiding te versmallen tot de invoering van die instrumenten. Illustratief is het volgende citaat van een opleider.

'Nu, de korte praktijk beoordelingen worden uitgevoerd en het portfolio in ontwikkeling is, is het project wat ons betreft afgerond. Natuurlijk blijven we alert op het gebruik van de instrumenten, en zullen aanpassingen nodig blijven, maar de modernisering is

afgerond' (Bron: observatie van de resultaatbespreking maart 2008).

Het lijkt voor sommige opleiders en aios of de beoogde operationele doelen min of meer zijn bereikt. De beleidsmatige doelen van VWS aan CBOG, zoals de verdere ontwikkeling van taakherschikking, radicale inkorting van de opleiding en/of betere afstemming tussen opleiding en bedrijfsvoering, blijven echter buiten beeld.

Het is, naar blijkt, ook helemaal niet eenvoudig om de initiële beleidsdoelstellingen integraal te verbinden aan de modernisering van de vervolgopleiding. De oorspronkelijke beleidsdoelstellingen lijken niet de centrale vragen te zijn waarvoor artsen zich gesteld zien. Neem bijvoorbeeld het volgende citaat over taakherschikking.

'Taakherschikking is begonnen met als belangrijkste reden dat er te weinig dokters komen. Er moesten taken bij dokters weg. Maar er zijn nu helemaal niet te weinig dokters en er komen er voorlopig nog zat. Het is dus helemaal geen probleem. Bovendien is de vraag wie gaan we dan opleiden voor taken die dokters nu doen? En dan roept iedereen: verpleegkundigen. Maar aan verpleegkundigen hebben we over een tijdje echt een tekort. Dokters zat, maar verpleegkundigen is echt een probleem. Dus die taakherschikking moeten we langzamerhand wat nuchterder naar kijken en we moeten niet overdrijven wat dat kan betekenen in de zorg'.

Een belangrijke vraag waarvoor het landelijke projectteam nu staat is hoe de modernisering van de vervolgopleiding strategisch en tactisch verdiept en verbreed kan worden. Op basis van zowel een beleidsanalyse als een etnografisch onderzoek in de medische praktijk kunnen thema's worden geformuleerd die mogelijk

wel de modernisering van de vervolgopleiding kunnen verbinden aan de modernisering van de medische praktijk, te weten patiëntveiligheid, overdracht van informatie en continuïteit van zorg. Die thema's vormen mogelijk een brug tussen de beoogde onderwijsvernieuwing en de beleidsmatige ambities die aan deze vernieuwing verbonden zijn.

Patiëntveiligheid

Het eerste thema is *patiëntveiligheid*, of beter gezegd de conceptualisering van fouten die aios tijdens de opleiding mogen maken. In zijn studie over de medische opleiding voor chirurgen maakt Bosk onderscheid tussen twee type medische fouten die aios maken, te weten technische fouten en normatieve fouten.¹⁵ Een technische fout betreft het verkeerd uitvoeren van een medische handeling. Een normatieve fout betreft het schenden van de impliciete regels van de beroepsgroep. Voorbeelden zijn het verzwijgen van een fout, maar ook het schenden van hiërarchische verhoudingen. Aios, zo legt Bosk uit, mogen technische fouten maken¹⁵. Sterker nog: het maken van zulke fouten wordt gezien als onvermijdbaar en onmisbaar. Om het vak te leren moet je fouten mogen maken. Het gaat dan alleen om technische fouten. Normatieve fouten worden niet geaccepteerd en worden bestraft met uitsluiting. Met de toenemende aandacht voor patiëntveiligheid, zowel binnen als buiten de medische praktijk, lijken ook technische fouten niet meer acceptabel. Er worden vragen gesteld zoals: 'Mag de aios leren hechten in de alledaagse praktijk of kan hij of zij dat leren in het skillslab?' Deze vragen botsten met de ervaringen van opleiders en aios die aangeven dat het meest geleerd wordt van situaties waarin het (bijna) misging of zij er onverwacht alleen voor stonden. Ergo, een relevante vraag voor de modernise-

ring van de vervolgopleiding c.q. medische praktijk is: 'Mogen aios nog technische fouten maken om daarvan te leren?'

De overdracht van informatie

Het tweede thema dat uit de interviews en de observaties naar voren komt is de *overdracht van informatie*. Aios willen graag in deeltijd worden opgeleid. Uit de observaties kwamen de dilemma's voor de bedrijfsvoering die hieruit voortvloeien duidelijk naar voren. Niet alle stafleden en aios zijn bij de ochtendoverdracht omdat zij bijvoorbeeld hun kind naar school of de crèche brengen. Hoewel afwezigheid bij de overdracht geaccepteerd wordt, zijn er nog geen afspraken over de wijze waarop de relevante informatie dan wel moet worden overgedragen.

Het is een voorbeeld van het oude systeem en de mogelijke gaten die vallen door veranderingen in de opleiding en de bedrijfsvoering.

De continuïteit van zorg

Een derde thema is de *continuïteit van zorg*. De nieuwe opleiding is modulaair opgebouwd, wat kan betekenen dat aios afwisselend werken op de poli, de operatiekamer of de klinische afdeling. Een onbedoeld effect is dat het contact met patiënten verbrokkelt. Aios merken op dat zij patiënten niet meer kunnen volgen. Ze zien de patiënt een paar keer, maar weten niet hoe het verder met ze gaat. Patiënten geven aan het niet prettig te vinden dat zij voortdurend met andere aios te maken hebben. Met andere woorden, de modernisering van de medische vervolgopleiding is niet alleen een oplossing voor de fragmentatie in de zorg, de nieuwe opleiding creëert ook nieuwe problemen voor de continuïteit van de zorg.

Conclusie

De modernisering van de medische vervolgopleiding is behalve een onderwijsvernieuwing, ook onderdeel van een zorgvernieuwing. Het is een beleidsinstrument waarmee de overheid belangrijke veranderingen in de zorg hoopt te realiseren. De alom bekende CanMEDS rollen kunnen niet alleen als competenties maar ook als een beleidsagenda worden gezien. Het zijn de eisen die aan de 'moderne' werkers in de gezondheidszorg worden gesteld. De vraag is hoe dit beleidsinstrument werkt.

In VIVO heeft zich in de eerste twee jaar gericht op de ontwikkeling en invoering van toetsinstrumenten. Deze onderwijskundige instrumenten hebben, zoals beoogd, vaart gegeven aan de implementatie. De instrumenten hebben echter ook onbedoeld en onvoorzien de modernisering van de vervolgopleiding versmald tot een onderwijsvernieuwing. De uitdaging waarvoor In VIVO nu staat is het zoeken van verdieping en het verbinden van de modernisering van de vervolgopleiding aan actuele vragen over de kwaliteit van zorg. Bij nadere analyse blijken echter de oorspronkelijke beleidsdoelstellingen, zoals verkorting van de opleiding en taakherschikking, slechts ten dele relevant voor de modernisering van de medische praktijk. Om de modernisering van de opleiding te verbinden aan de modernisering van de zorg is een nieuwe stap nodig, te weten het formuleren van thema's op het raakvlak van onderwijsvernieuwing en zorgvernieuwing.

Op basis van zowel een beleidsanalyse als een etnografisch onderzoek in de medische praktijk worden in dit artikel drie thema's ontwikkeld die mogelijk wel de modernisering van de vervolgopleiding kunnen verbinden aan de modernisering van de zorg, te weten patiëntveiligheid, overdracht van informatie en continuïteit van zorg.

Discussie

De bevindingen uit ons onderzoek sluiten aan bij de resultaten van eerder onderzoek naar de effecten van richtlijnen, beslissingsondersteunende technieken en classificatiesystemen voor de medische praktijk.¹⁶ Zoals Berg in zijn boek 'De rationalisering van de geneeskunde' heeft laten zien ontwikkelen rationaliserings-technieken en medische praktijken zich gelijktijdig.¹⁶ Beide ontstaan in onderlinge interactie. In plaats van de invoering van protocollen te duiden als een implementatieproces, gebruikt Berg een alternatief concept voor implementatie, namelijk co-productie. Waar het concept implementatie veronderstelt dat de interventie op het moment van invoering klaar is en alleen toegepast behoeft te worden, gaat het begrip co-productie ervan uit dat, om de interventie in te voeren, aanpassingen nodig zijn in zowel het product als in de medische praktijk. Vanuit dit perspectief dient de modernisering van de vervolgopleiding bekeken te worden. De modernisering van de opleiding en de modernisering van de zorg ontwikkelen zich gelijktijdig. Daarbij vormen de onderwijskundige instrumenten zowel het beleidsmatig kader als de medische praktijk – en andersom.

Het gaat kortom niet zozeer om de vraag of met de technieken de beoogde doelen worden bereikt, als wel om de vraag hoe de technieken invloed uitoefenen op de formulering van de oorspronkelijke doelstellingen. De onderwijskundige benadering lijkt op het eerste gezicht neutraal, dat wil zeggen de instrumenten bieden slechts structuur voor het geven van feedback en het komen tot een beoordeling. Uit eerder onderzoek weten we dat instrumenten niet neutraal zijn.¹⁶⁻¹⁷ Ook instrumenten die louter op de procedure en/of op het proces zijn gericht, drukken een stempel op de inhoud van kennis.¹⁶⁻¹⁸ In die zin zijn technologieën niet neutraal.¹⁹

Daarmee, of beter gezegd op deze manier, geeft In VIVO vorm aan conceptualisering van de modernisering van de zorg.

Literatuur

1. KNMG. De arts van straks. Een nieuw medisch opleidingscontinuüm. Utrecht: KNMG; 2002.
2. MBOG. Eenheid in verscheidenheid. Naar samenhang, flexibiliteit en transparantie in het stelsel van beroepen en opleidingen in de gezondheidszorg. Utrecht: MBOG; 2006.
3. VWS. De zorg van morgen. flexibiliteit & samenhang. Advies van de Commissie Implementatie Opleidingscontinuüm en Taakherschikking. Den Haag: VWS; 2003.
4. Brief van minster Hoogervorst van aan de Tweede Kamer over de RVZ-rapport taakherschikking en het rapport 'De zorg van morgen, 2004.
5. Swanwick, T. Introducing Large-Scale Educational Reform in a Complex Environment: The Role of Piloting and Evaluation in Modernizing Medical Careers. *Evaluation* 2007; 13(3):358-370.
6. Frank J, Langer B. Collaboration, communication, management, and advocacy: teaching surgeons new skills through the CanMEDS Project. *World Journal of Surgery*, 2003; 27(8):972-8.
7. Centraal College Medische specialismen. Besluit van 9 februari 2004 houdende de algemene eisen voor de opleiding, registratie en herregistratie van medisch specialisten en voor de erkenning van opleiders, plaatsvervangend opleiders, stageopleiders en opleidingsinrichtingen. (Kaderbesluit CCMS). Utrecht: KNMG; 2004.
8. RVZ. Professionals in de gezondheidszorg. Den Haag: RVZ; 2000.
9. RVZ. Medisch specialistische zorg in de toekomst. Den Haag: RVZ; 2001.
10. RVZ. Taakherschikking in de gezondheidszorg. Den Haag: RVZ; 2003.
11. Atkinson P, Pugsley L. Making sense of ethnography and medical education. *Med Educ* 2005; 39:228-34.
12. Geest S van der, Finkler C. Hospital ethnography: introduction. *Social Science & Medicine*, 2004; 59:1995-2001.
13. Pope C, Mays N. Reaching the parts other methods cannot reach: An introduction to qualitative methods in health and health services research. *Brit Med Journal* 1995; 311:42-45.
14. College voor de Beroepen en Opleidingen in de Gezondheidszorg. IN VIVO Vaart in Innovatie VervolgOpleidingen. Projectplan. Utrecht: CBOG; 2006.
15. Bosk C. Forgive and remember: managing medical failure. Chicago and London, The University Press of Chicago Press; 2003.

16. Berg M. Rationalizing medical work. London; MIT Press: 1997.
17. Grit K, de Bont A. Maakbare solidariteit. De impact van overheidsbeleid op de solidariteit tussen burgers. Ingediend bij Krisis.
18. Mackenzie D. 'An Equation and its Worlds: Bricolage, Exemplars, Disunity and Performativity in Financial Economics'. *Social Studies of Science* 2003; 33 (12):831-868.
19. Berg M, Mol A. Ingebouwde normen. Medische technieken doorgeleucht. Utrecht: Van der Wees uitgeverij; 2001.

Correspondentieadres:

Antoinette de Bont, ErasmusMC/IBMG, postbus 1738, 3000 DR Rotterdam. Tel.: 010-4088548/525; e-mail: de-bont@bmg.eur.nl

Belangenconflict: geen gemeld

Financiële ondersteuning: Het onderzoek wordt gefinancierd door het CBOG

De auteurs:

Mw. dr. A. de Bont, projectleider evaluatieonderzoek In-VIVO, Erasmus MC, Rotterdam.*

Mw. drs. I. Wallenburg, wetenschappelijk onderzoeker, Erasmus MC / IBMG, Rotterdam.*

Prof. dr. M.J. Heineman, gynaecoloog/opleider, AMC Amsterdam, lid In VIVO-kernteam AMC-UvA, Amsterdam.

Dr. S.J. van Luijk, onderwijskundige, Umc/Instituut voor onderwijs en opleiden.*

Mw. prof. dr. J.A.A.M. van Diemen-Steenvoorde, voorzitter Raad van Bestuur/voormalig projectleider In-VIVO, GGGZ Oost Brabant, Rosmalen.

Prof. dr. F. Scheele, gynaecoloog, Sint Lucas Andreas Ziekenhuis, Amsterdam.*

Mw. prof. dr. P. Meurs, hoogleraar besturingsvragen in de zorg, Erasmus MC Rotterdam.

* allen zijn lid van het In VIVO-projectteam

Summary

Introduction: Educational reform is increasingly regarded as an instrument for the government to improve the quality of health care. This article considers how this policy instrument works by examining what modernising postgraduate specialty training means in terms of government policy.

Method: We conducted an ethnographic study and collected data through document analysis, formal interviews and informal interviews. The core data for this study were obtained from observation of the national In VIVO project team, which is responsible for the implementation of educational reform in postgraduate training in Obstetrics/Gynaecology and Paediatrics. In addition we observed trainees during work and training.

Results: The introduction of new educational instruments, in particular Directly Observed Procedures (DOP), has accelerated the modernisation of postgraduate training. It was a sign to stakeholders and policy makers that training was actually changing. However, as a result the impression may have been created that educational reform is limited to new educational instruments, while the policy goals pursued by the government through educational reform, such as reallocation of tasks in health care and a radical reduction in the length of postgraduate training, have remained hidden to many stakeholders. It is not easy to motivate clinician-teachers to pursue these policy goals, the more so since the initial policy goals are only partially relevant to medical practice. Based upon a policy analysis and an ethnographic study in clinical practice three alternative themes were developed which may link reform of postgraduate specialist training to modernisation of health care: patient safety, transfer of information, and continuity of care. (Bont A de, Wallenburg I, Heineman MJ, Luijk SJ van, Diemen-Steenvoorde JAAM van, Scheele F, Meurs P. Educational reform as a policy instrument. About modernising postgraduate specialist training. *Dutch Journal of Medical Education* 2008;27(6):316-322.)