

Docentprofessionalisering: de stand van zaken anno 2006

R.P. Zwierstra, R. Venekamp, G.H. Koppelman

Samenvatting

Op basis van een artikel dat door dezelfde auteurs in 1994 over docentprofessionalisering is geschreven, wordt een overzicht gegeven van de ontwikkelingen en de huidige stand van zaken op dit gebied. Het ter beschikking komen van het Raamplan 1994 artsopleiding en het Raamplan 2001 artsopleiding, de curriculumvernieuwingen die overal in ons land zijn ingevoerd en de veranderde eisen die aan de vervolgopleidingen en opleiders worden gesteld, hebben geleid tot een toegenomen bewustwording van de noodzaak van docenttraining. Dergelijke trainingen blijken niet alleen in de UMC's, maar vooral ook in de opleidingsregio op locatie te worden gegeven. In de onderwijs- en opleidingsregio Noord en Oost-Nederland is het aantal deelnemers aan dergelijke trainingen sinds 1994 meer dan verviervoudigd. Toekomstige ontwikkelingen worden verwacht in het tot standkomen van docentkwalificaties, de deelname aan cursussen door artsassistenten, coaching in de dagelijkse onderwijspraktijk en in onderzoek op het gebied van 'best evidence based medical education'. (Zwierstra RP, Venekamp R, Koppelman GH. Docentprofessionalisering: de stand van zaken anno 2006. Tijdschrift voor Medisch Onderwijs 2006;25(6):279-284.)

Ervaring

"Het voelde kil aan in de gangen van de chirurgische kliniek, 's ochtends om 07.45 uur op die maandag 8 september 1980. De jonge chirurg was op weg naar de collegezaal voor zijn eerste college om 08.15 uur. Vier weken tevoren had de hoogleraar tegen hem gezegd: vanaf nu doe jij de colleges chirurgie, je kent de dia's wel, staan in de kast op het secretariaat. Hoe zou hij het aanpakken, hoe deel je een dergelijk uur in over wondgenezing? Gelukkig was daar de amenuensis Rieks, die het dia-apparaat en de lichtknopjes bediende.

Nu nog gauw naar zaal 1 voor een patiënt met een geschikte wond om secundaire wondgenezing te demonstreren. In z'n witte pak snelde hij door de gang, koud en met een droge mond.

Uiteindelijk liep het allemaal beter dan gedacht: het uur was zo om, de patiënt werkte goed mee (vond het prachtig), veel aandacht bij de studenten en er viel er niet een

flauw. Toch konden een aantal dingen nog beter; maar eens opgeven voor een cursus lesgeven."

In 1994 werd door bovenvermelde auteurs in het Bulletin Medisch Onderwijs onder de titel *Docentprofessionalisering van docenten geneeskunde te Groningen*, een beschrijving gegeven van een ontwikkeling toegesneden op de Faculteit Geneeskunde te Groningen.¹

Nadat in 1980 al gewezen werd op het belang van gestructureerde didactische professionalisering van docenten, werden in 1983 en 1984 de eerste workshops georganiseerd. Deze waren merendeels gericht op de voorbereiding van de nieuwe introductie cursus voor coassistenten. De initiatieven werden, mede door de introductie van een nieuw curriculum in 1992, ingebed in een structuur: de Taakgroep Professionalisering Docenten Geneeskunde waaraan een geoormerkt budget

werd toegekend. Uit evaluaties bleek dat docenten na het volgen van trainingen hoger scoorden bij de beoordeling door studenten op doceerkwaliteit.²

Tegelijkertijd werden op landelijk niveau ontwikkelingen zoals de specialisatie medisch onderwijs van groot belang geacht, evenals de adviezen van de Visitatiecommissie Geneeskunde en Gezondheidswetenschappen over de wenselijkheid van docenttrainingen als onderdeel van interne kwaliteitszorg. In dit artikel geven wij een overzicht van de landelijke ontwikkelingen op het gebied van docentprofessionalisering in de opleiding geneeskunde en bespreken wij deze vanuit een historisch perspectief.

Wat is docentprofessionalisering?

Uit de boven beschreven ervaring van de eerste auteur wordt duidelijk dat het aan twee verschillende elementen ontbrak. Ten eerste betreft dit instructie aan de docent over wat er binnen de context van een curriculumonderdeel wordt verwacht, over het niveau van de studenten en over de doelstellingen van de collegecyclus (destijds: het tentamen chirurgie). Het raamplan geneeskunde bestond destijds nog niet.

Het tweede element betreft de didactische professionalisering. Daarbij gaat het om kennis en inzicht in de (locale) curriculumconcepten, algemene praktische didactiek en kwaliteitszorg. Een voor klinisch werkzame docenten essentieel onderdeel is dat de nadruk ligt op het toepassen van deze didactische principes in de praktijk, in het bijzonder tijdens de patiëntenzorgactiviteiten.

In de op dit gebied beschikbare literatuur wordt onder andere aangegeven dat naast het aanbieden van de theorie van het leren door volwassenen, ook meer praktijkgerichte onderwerpen als feedback geven en ontvangen, time management, onderwijs in kleine groepen en re-

flectievaardigheden onderdeel behoren te zijn van een didactisch professionaliseringsprogramma.³⁻⁶ Inmiddels is steeds duidelijker geworden dat kennis en inzicht op het gebied van beoordelen en toetsen hierin niet gemist kan worden.⁷⁻⁸ Allengs wordt duidelijk dat de verworvenheden van didactische professionalisering toepasbaar zijn op de uitoefening van de patiëntenzorgpraktijk. Zo worden vaardigheden als uitleggen, toelichten, afstemmen, en reflectievaardigheden door velen als een meerwaarde ervaren.

Ontwikkelingen

In 1994 beschreven wij onze aanpak van docentprofessionalisering te Groningen met het motto: "Een geboren docent wordt ook gemaakt." Sindsdien hebben zich zowel te Groningen alsook landelijk in de context van de gezondheidszorg en de opleiding geneeskunde een aantal bijzondere ontwikkelingen voorgedaan. Een en ander heeft geleid tot veranderingen in de opzet en inhoud van de docentprofessionalisering in de laatste vijftien jaren. In dat licht gezien is 1994 een belangrijk jaar: het *Raamplan 1994 artsopleiding* verscheen, waarmee de eindtermen van de studierichting geneeskunde voor het eerst in detail een houvast boden voor docent en student. In 1995 kwam het boek *Medisch onderwijs in de praktijk* ter beschikking dat de basis biedt voor didactische scholing. Enkele jaren later volgde een eerste op huisartsopleiders gericht boek.⁹ De andere visie op de opleiding tot medicus practicus werd ingeluid door de publicatie van *De arts van straks; een nieuw medisch opleidingscontinuüm*. In dit rapport wordt gepleit voor het slechten van de scheiding tussen initiële-, vervolg- en postacademiale opleiding. Het straks werken als arts betekent nu anders opgeleid worden, in een samenhangend stelsel van eindtermen. Didactische scholing van do-

centen én van opleiders, evenals het op peil houden van die kwaliteiten werd gepropageerd.¹⁰

De andere visie op het vak van arts, en in het bijzonder de specialistische vervolgopleidingen, is in Nederland in een stroomversnelling geraakt door het aanvragen door het Centraal College Medische Specialismen (CCMS) van de beginselen van het project CanMEDS 2000, waarin de competenties van de arts/specialist zijn neergelegd.⁸ Het CCMS heeft gesteld dat de opleiders voor een nieuwe uitdaging staan en dat het belangrijk is dat zij geschoold gaan worden in competentiegericht opleiden. Daarnaast heeft het CCMS bepaald dat in elke opleiding gewerkt dient te gaan worden met korte praktijkbeoordelingen (KPB's) en een portfolio. Omdat dit nieuwe technieken zijn, is de noodzaak van scholing hierin evident. Tenslotte is er in de vervolgopleiding niet meer sprake van één opleider, maar van een opleidersgroep die gezamenlijk verantwoordelijk is voor invulling van de opleiding.

Bij de introductie van nieuwe opleidingselementen in zowel de initiële als de vervolgopleidingen, bijvoorbeeld het invoeren van rollen als 'coach', de korte klinische beoordeling en het portfolio, bestaat bij docenten en opleiders grote behoefte om goed beslagen ten ijs te komen. Niet zelden komt tijdens op deze ontwikkelingen toegesneden trainingen, de behoefte aan kennis over meer basale didactische vaardigheden aan de orde.

Docentprofessionalisering in de opleidingsregio Noord en Oost-Nederland

Begin jaren '90 werden in Groningen docenttrainingen gegeven in het kader van de curriculumvernieuwing. Onderwijskundigen en onderwijspsychologen stelden trainingen samen en docenten werden uitge-

nodigd deel te nemen. De trainingen werden geëvalueerd en zonodig aangepast.⁹

Het huidige professionaliseringsprogramma in de onderwijs- en opleidingsregio Noord en Oost-Nederland verschilt fundamenteel van dat van 1994. In de eerste plaats is het aanbod breder. Er zijn trainingen gericht op specifieke docentrollen voor de curricula geneeskunde en tandheelkunde, voor opleiders van co-assistenten en assistenten en voor huisartsopleiders. Dit laatste is onderdeel van een landelijk programma dat vanuit de opleidingsinstituten wordt verzorgd.¹⁰

De eerste groep trainingen wordt, anders dan weleer, niet alleen kort voor aanvang van het betreffende onderwijs gegeven, ook worden vervolgbijeenkomsten ten behoeve van reflectie en verdieping aangeboden.

In de tweede plaats wordt niet meer uitsluitend te Groningen getraind: de trainingen worden ook op locatie gegeven. De docenten reizen naar de cursisten toe.

Ten derde zijn de programma's eerder vraaggericht dan aanbodgestuurd. Een voorbeeld daarvan is het programma 'Teach the teacher', waarin drie cursussen worden aangeboden. De affiliatieziekenhuizen geven aan welke trainingen uit het aanbod op welke momenten gewenst zijn.

In de vierde plaats worden de cursussen niet meer alleen door onderwijskundigen en onderwijspsychologen ontwikkeld en gegeven. De cursussen 'Teach the teacher' worden aan groepen van tien of twaalf specialisten gegeven door een medisch specialist-cursusleider en een onderwijsdeskundige. De medisch specialist-cursusleiders zijn afkomstig uit met het UMCG geaffilieerde ziekenhuizen. Zij spreken de taal van de cursist en komen zelf uit het patiëntenzorgbedrijf, wat de geloofwaardigheid van de cursus sterk bevordert. De cursusleiders volgen een scholingsprogramma tot cursusleider en

eens per jaar een aanvullende didactische bij- en nascholing.

Een verder verschil met de situatie in 1994 is, dat nu didactische cursussen voor assistenten in opleiding worden aangeboden. Zij zijn de opleiders van de toekomst en spelen een niet onbelangrijke rol in de opleiding van coassistenten.

Tenslotte spelen studenten een niet onaanzienlijke rol, hoewel deze in de loop van de tijd niet wezenlijk is veranderd. Eerder is in dit tijdschrift gewezen op de rol van studenten in de kwaliteitsverbetering van docenten.¹¹ De destijds beschreven rol van de studenten in het evaluatieproces, in het bijzonder het college feedbacksysteem, bestaat nog steeds en heeft niet aan invloed ingeboet. Inmiddels hebben studenten een rol gekregen als (hulp)docent binnen de cursus 'Teach the teacher'. Ook worden studenten ingezet als tutor in de lagere opleidingsjaren. Elders in dit nummer geeft Ten Cate zijn opvattingen hierover weer.¹² Dit alles maakt dat de schaal waarin in 1994 werd getraind, bij een beperkt aantal geïnteresseerde docenten, geheel anders is anno 2006. Training voorafgaand aan doceren en opleiden wordt vanzelfsprekend, zowel in academische als in perifere setting. In tabel 1 wordt een overzicht gegeven van het cursusaanbod in de OOR-NO en de aantallen deelnemers.

Tabel 1. *Cursusaanbod en deelnemersaantallen.*

	1992	1993	2004/ 2005	2005/ 2006
Soorten cursussen	5	7	6	8
Aantal deelnemers	75	89	314	405

Reflectie

Vergeleken met de situatie zoals beschreven in 1994 is veel veranderd, zowel op

het gebied van cursusaanbod, beschikbare literatuur, doelstellingen en bestuurlijke aandacht voor docentprofessionalisering. Wat ontbreekt er nog en welke ontwikkelingen zijn te verwachten?

Motivatie

Wij nemen aan dat destijds en ook nu de meeste deelnemers aan de trainingen en cursussen vanuit interne motivatie gedreven worden. Wij verwachten dat door toekenning van accreditatiepunten, expliciete eisen voor docenten op het gebied van didactische scholing door visiterende instanties (CCMS, QANU) de externe motivatie voor deelname zal toenemen. Mogelijk zal een geleidelijk aan verbeterend loopbaanperspectief voor docerende dokters ook kunnen bijdragen aan de externe motivatie. Wellicht zal bij docenten, na het volgen van een eerste cursus, ook de interne motivatie voor verdere cursussen toenemen, nadat zij gemerkt hebben welke positieve invloed het competentiegericht denken in de opleidingssituatie heeft voor het patiëntenzorgproces.¹³

Organisatie, regionaal en lokaal

Elke onderwijs- en opleidingsregio beschikt over een aanbod van docentprofessionalisering. In vervolg op het medisch opleidingscontinuüm zou er ook sprake moeten zijn van een didactisch continuüm. Het didactische continuüm kenmerkt zich door het aanbieden en toepassen van identieke uitgangspunten en principes in de trainingen. Op dat terrein is nog winst te behalen. Cursus gevolgd en dan?

De uitdaging voor de komende tien jaren is om de kwaliteit van alle docenten verder te bevorderen. Enerzijds kan die kwaliteit worden beïnvloed door het volgen van cursussen, anderzijds is, parallel aan de kwaliteitsbevordering van patiëntenzorg, reflectie en intervisie een geëigend instrument. Tijdens de cursussen

valt op hoe open docenten staan voor feedback op grond van observatie tijdens de cursus. Maar zelden wordt echter gevraagd naar feedback door observatie tijdens 'real life' onderwijs- en opleidingsactiviteiten, evenmin wordt gebruik gemaakt van het aanbod van cursusleiders daartoe. Kennelijk is de drempel om toeschouwers in de opleidingskeuken toe te laten nog te groot. Dit element kan een waardevolle aanvulling en uitbreiding zijn van het didactische (na)scholingspakket.

Docentkwalificatie

Terwijl in de meeste onderwijssectoren een kwalificatiesysteem bestaat dat gekoppeld is aan de bevoegdheid om onderwijs te geven, ontbreekt dit in het academisch onderwijs. Wel bestaan plaatselijk kwalificaties, die echter niet elders toepasbaar zijn. Het is verheugend om te constateren dat een landelijke werkgroep vanuit de medische faculteiten hiertoe nu voorstellen voorbereidt.

Onderzoek

In deze tijd van evidence based medicine is er ook evidence based medical education. Meer onderzoek is nodig om te bepalen of met de ter beschikking staande cursussen en trainingen de doelstellingen worden bereikt. De gegevens uit een eerste systematisch literatuuroverzicht zijn positief.¹⁴ De geboren docent kan inderdaad ook worden gemaakt.

Ervaring

Het was warm maar regenachtig in augustus 2006. Voor het eerst moet ik, als nieuw staflid kindergeneeskunde, een groep co-assistenten introduceren in de kindergeneeskunde door het leiden van een tweedaagse introductie cursus. Onderwijs in kleine groepen, rollenspelen, demonstratie en bedside teaching. Ik probeer me het geleerde uit de vele docenttrainingen die ik in het verle-

den heb meegemaakt te herinneren. Let op je houding, houdt oogcontact. Wat zijn ook alweer de regels van feedback? Hoe geef ik onderwijs in kleine groepen? De rollenspelen gaan goed, maar ik vergeet compleet de tijd. Dat moet beter. Tijdens bedside teaching merk ik dat de co-assistenten onder de indruk zijn van de zieke kinderen. Het kind met astma helpt hun gelukkig over de drempel en laat spontaan zien wat als doel van dit onderwijs gesteld was: het belang van observatie in de kindergeneeskunde. De co-assistenten lijken tevreden; ik ben benieuwd naar hun feedback. Ik weet dat er binnenkort weer een training is, dus daar zal ik me zeker voor opgeven.

Literatuur

1. Zwierstra RP, Venekamp R, Koppelman GH. Professionalisering van docenten geneeskunde te Groningen. Bulletin Medisch Onderwijs 1994; 13:25-9.
2. Cohen-Schotanus J, Pols J. Docenttraining, helpt het? In: Metz JCM, et al. Nijmegen: Universitair Publicatiebureau KUN. Gezond Onderwijs 1993;2:247-50.
3. Cole KA, Barker LR, Kolodner K, Williamson P, Wright SM, Kern DE. Faculty development in teaching skills: an intensive longitudinal model. Acad Med 2004;79(5):469-80.
4. Wilkerson L, Irby DM. Strategies for improving teaching practices: a comprehensive approach to faculty development. Acad Med 1998;73:387-96.
5. Irby DM. Teaching and learning in ambulatory care settings. Acad Med 1995;70:898-931.
6. Peyton JWR, editor: Teaching and learning in medical practice. Rickmansworth: Manticore Europe Ltd.; 1998.
7. Peyton JWR. Appraisal and assessment in medical practice. Rickmansworth: Manticore Europe Ltd.; 2000.
8. CanMEDS 2000 project. Skills for the new millennium: report of the societal needs working group [rapport op internet]. Ottawa: Royal college of physicians & surgeons of Canada; september 1996. Beschikbaar op: http://rcpsc.medical.org/english/publications/canmed_e.html.
9. Wouda J. Scholing en omscholing, de effectieve docent in een studentgecentreerd curriculum. In: Hokwerda OH, editor. Een duwtje in de rug. Groningen: Rijksuniversiteit Groningen; 2000.
10. Haan de M, Boendermaker PM, Heij I. Het medisch ambacht. Maarssen: Elsevier; 2002.

11. Koppelman GH, Venekamp R, Zwierstra RP. De rol van studenten in de kwaliteitsverbetering van docenten in Groningen. *Bulletin Medisch Onderwijs* 1994;13:21-4.
12. Cate ThJ ten, Heymans HSA. Studenten die de colleges geven? *Bulletin Medisch Onderwijs* 1982;1(1):3-4.
13. Prideaux D, Alexander H, Bower A, Dacre J, Haist S, Jolly B, et al. Clinical teaching: maintaining an educational role for doctors in the new health care environment. *Med Education* 2000;34(10):820-6.
14. Steinert Y, Mann K, Centeno A, Dolmans D, Spencer J, Gelula M, et al. A systematic review of faculty development initiatives designed to improve teaching effectiveness in medical education: BEME Guide No. 8. *Med Teach* 2006;28(6):497-526.

De auteurs:

Rein Zwierstra is pro-decaan onderwijs en opleidingen aan het UMCG en hoogleraar medisch onderwijs en opleiding aan de Rijksuniversiteit te Groningen. Ten tijde van het eerste artikel was hij kinderchirurg in het AZG te Groningen.

Ruud Venekamp is onderwijsdeskundige, docent en cursusontwikkelaar voor opleiders, verbonden aan het Wenckebachinstituut van het UMCG te Groningen. Ten tijde van het eerste artikel was hij arts-onderwijscoördinator bij de vakgroep Chirurgie van de Faculteit der Geneeskunde te Groningen.

Gerard Koppelman is kinderarts en fellow kinderlongziekten, verbonden aan de Beatrix kinderkliniek van het UMCG te Groningen. Als docent participeert hij met name in onderwijs aan coassistenten en artsassistenten kindergeneeskunde. Ten tijde van het eerste artikel was hij student geneeskunde.

Correspondentieadres:

Prof. dr. R.P. Zwierstra, Faculteit UMCG, Postbus 30.001, 9700 RB Groningen, tel.: 050-3632876, fax: 050-3632883, r.p.zwierstra@med.umcg.nl.

Belangenconflict: geen gemeld.

Financiële ondersteuning: geen gemeld.

Summary

In this article, an update on the current situation in teacher training for medical teachers is given by the same authors who wrote a paper on this topic in 1994.

The publication of objectives for medical education in *Blueprint 1994* and *Blueprint 2001*, training of doctors in the Netherlands, a variety of new and modified curricula, and changes in specialist training programmes have boosted awareness of the need for training for medical educators. Teacher training is offered by University Medical Centres as well as by regional teaching hospitals. All this has led to a dramatic rise in the number of participants. In the near future educational training for medical teachers is expected to see important new developments with regard to teaching qualifications and certification, the introduction of teacher training courses for junior doctors, on-the-job coaching for teachers, and innovations inspired by research outcomes on 'Best Evidence Based Medical Education'. (Zwierstra RP, Venekamp R, Koppelman GH. Training of medical teachers: update 2006. *Dutch Journal of Medical Education* 2006;25(6):279-284.)