



Opleiden voor zorgtransformatie

F. Scheele

Onze opleidingen tot arts en specialist zijn traditioneel van aard en de basis van het risico een groot deel van ons medische werk irrelevant te maken. We moeten veel sensitiever zijn voor maatschappelijke en technologische ontwikkelingen en daarop proactief ons (levenslang) leren inrichten. Denkt u dat over 10 jaar de dermatoloog nog op dezelfde manier naar huidafwijkingen kijkt?

DE BETROKKEN KENNISDOMEINEN

Al sinds mijn opleidingstijd was ik geobsedeerd door de gedachte dat mijn opleiding voor een te groot deel achterhaald was. Zowel de methodiek met dikke onleesbare boeken en eindeloos herhalen van praktische vaardigheden als de inhoud die een magere connectie leek te hebben wat klant en maatschappij van ons gingen vragen, maakten mij obsessief geïnteresseerd in hoe het beter zou kunnen. Dat heeft me een bijzondere speurtocht opgeleverd die begon met het ontdekken van onderwijskunde voor de kliniek. Via praktijkervaring en onderzoek doen, werd ik thuis in die materie en zag ik voor me hoe een ideaal leerprogramma er uit moest zien. [1] Maar ik miste de maatschappelijke connectie nog. Via de CanMEDS [2] kreeg ik er een eerste grip op en later bedachten we sprekender varianten. [3] Het werd me steeds duidelijker dat niet alleen de patiënt, maar ook de maatschappij dwingende behoeftes had. [4] Het werd me ook duidelijk dat de veranderkracht van mijn beroepsgroep in Nederland zijn grenzen kende en in Europa zelfs beperkt te noemen was. Zo kwamen drie kennisdomeinen in beeld (figuur 1). Mogelijk reageren we veel te traag op de nieuwe behoeftes. Gaan we het verliezen van andere aanbieders van zorg? Worden we niet irrelevant? Hoe kwetsbaar zijn we wel niet met ons eindeloze opleidingstraject!

WAT MOET ER DAN ZO NODIG VERANDEREN?

Ten eerste verandert de patiënt. Mede dankzij internet is er een groeiende groep die via onlinesystemen zelfdiagnostiek en behandeladvies weet te vinden. Die groep wil met u sparren over hun ideeën, heeft niet altijd een boodschap aan uw protocollen en accepteert alleen goede argumenten. Dat kunnen we allemaal leveren, maar doen we dat ook? [5] Hoe zit het met uw training in gezamenlijke besluitvorming? Hoe goed bent u thuis in online diagnosesystemen en hoe deugdelijk die zijn? Kent u de voor- en nadelen van videoconsultatie? Ten tweede, en daar haakte ik al even op in, zal de digitalisering het leven drastisch veranderen. [6] De overmacht van de 'big tech' bedrijven maakt het essentieel dat wij ons gaan bezinnen op onze positie in dit geweld van vernieuwing. Wat is de rol van de menselijke dermatoloog tussen die op 'artificial intelligence' draaiende diagnostische en therapie aanbevelende systemen? Leidt u aios op tot zeer geavanceer-



Figuur 1. De kennisbasis die de traditionele opleiding omzet in een die voorbereidt op zorgtransformatie

Figuur 2. De stappen die uw opleiding maatschappelijk relevant houden

de gebruikers van IT? Worden ze leiders of slachtoffers van de IT-revolutie in uw vak? Weet u informatietechnologie (IT) bedrijfsmatig optimaal in te zetten? Klopt dan uw raming van de benodigde dermatologen in Nederland nog? Ten derde mag u zich voorbereiden op schaarste. Nu al speelt er een menskrachtprobleem. [7] De bedrijfsvoering kost te veel mensuren en u moet creatief tot nieuwe vormen van praktijkvoering komen. Wat is de positie van de dermatologie bij verdeling van schaarse middelen? Wordt de aios opgeleid in de principes van 'creative problem solving'? [8] Heeft u al listen bedacht om een eventuele financiële crisis het hoofd te bieden? Misschien wel te veel gevraagd, maar negeren van deze risico's is weer de andere kant van de redelijkheid. Als laatste zal ik de opkomst van netwerkgeneeskunde benoemen. Netwerkgeneeskunde houdt zich niet meer aan echelons van de zorg, niet meer aan regio of land. [9] Netwerkgeneeskunde kan, als het goed is georganiseerd, een kwaliteitsslag betekenen in ons medisch handelen door betere inzet van beschikbare kennis en therapeutische mogelijkheden. Waarschijnlijk bent u er al mee aan de gang en ik mag hopen met hoge snelheid. Natuurlijk had ik nog meer onderwerpen op tafel kunnen leggen, maar laten we eens nadenken over wat nu verstandige stappen zijn.

WAT MOETEN WE NU DOEN?

Er zijn drie repeterende stappen nodig (figuur 2). Voor het programma BOEG van de gynaecologie, waarmee tot voor kort

Hoogleraar Health Systems Innovation and Education, VU, Amsterdam. Gynaecoloog OLVG, Amsterdam

gynaecologen werden opgeleid, hebben we als eerste stap in de vereniging en bij andere belanghebbenden zoals de patiënt een toekomstvisie uitgevraagd. We waren verbaasd hoe eensluidend de antwoorden van de collegae uit heel verschillende contexten waren [10] en hoe bruikbaar de opmerkingen van andere belanghebbenden. [11] Die toekomstvisie hebben we (mij veel te voorzichtig) in ons programma voor de opleiding gebracht. Dat programma was daarmee best innovatief en hier en daar zelfs proactief. Als tweede stap hebben we het programma geïmplementeerd. Waar het de meer technische kant van de innovaties betrof, verliep dat vlot. Waar het de wensen van de patiënt (behandel mij als mens en niet als ziekte passend in een protocol) en van de maatschappij (onder andere digitalisering, betere bedrijfsvoering en kwaliteitsverbeteringen) lukte het maar marginaal. Er is onvoldoende geïnvesteerd in de veranderkracht van onze beroepsgenoten. [12] Daar moet dus als stap 2 zwaar op worden ingezet. Negen jaar na dato komt het vervolg op BOEG op de markt. Heel mooi, maar wel laat. Deze tijd vraagt om een continue discussie over wat belangrijke veranderingen lijken te zijn of te worden. Die discussie moet zich vertalen in (levenslang) leren en opleiden. Die stap 3 van continue beweging is in deze tijd nodig, maar vraagt veel aandacht en energie.

CONCLUSIE

Opleiden voor zorgtransformatie betekent het gebruik van onderwijskundige methodiek als randvoorwaarde voor effectief leren. De ziel zit echter in de continue speurtocht naar wat de patiënt en de maatschappij in de nabije toekomst van u willen. Als u dat op een rij heeft, bent u er nog niet. Dan komt het belichamen van die verandering in concrete stappen, zowel in de opleiding als op de werkvloer vertaald in nieuwe routines. En denkt u dan klaar te zijn, blijkt dit toch een continue cirkel van reflectie, vertaling in plannen en actie te zijn. Dan heeft u er ook alles aan gedaan om uw professionaliteit als beroepsgroep te laten zien en dat zal zich lonen.

LITERATUUR

1. Van der Vleuten CP, Driessen EW. What would happen to education if we take education evidence seriously? *Perspect Med Educ*. 2014 Jun;3(3):222-32. doi: 10.1007/s40037-014-0129-9. PMID: 24925627; PMCID: PMC4078056.
2. Frank JR, Danoff D. The CanMEDS initiative: implementing an outcomes-based framework of physician competencies. *Med Teach*. 2007 Sep;29(7):642-7. doi: 10.1080/01421590701746983. PMID: 18236250.
3. Van der Aa JE, Aabakke AJM, Ristorp Andersen B, et al. From prescription to guidance: a European framework for generic competencies. *Adv Health Sci Educ Theory Pract*. 2020 Mar;25(1):173-187. doi: 10.1007/s10459-019-09910-8. Epub 2019 Aug 26. PMID: 31451981; PMCID: PMC7018687.
4. Frenk J, Chen L, Bhutta ZA, et al. Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. *Lancet*. 2010 Dec 4;376(9756):1923-58. doi: 10.1016/S0140-6736(10)61854-5. Epub 2010 Nov 26. PMID: 21126234.
5. Spinnewijn L, Aarts J, Verschuur S, Braat D, Gerrits T, Scheele F. Knowing what the patient wants: a hospital ethnography studying physician culture in shared decision making in the Netherlands. *BMJ Open*. 2020 Mar 18;10(3):e032921. doi: 10.1136/bmjopen-2019-032921. PMID: 32193259; PMCID: PMC7150589.
6. DeLeo VA. Digital revolution: dermatology is on the edge. *Cutis*. 2019 Jan;103(1):7. PMID: 30758336.
7. Abbasi K. A workforce crisis in the NHS. *J R Soc Med*. 2019 Sep;112(9):363. doi: 10.1177/0141076819875444. PMID: 31496348; PMCID: PMC6823995.
8. Wolcott MD, McLaughlin JE, Hubbard DK, Rider TR, Umstead K. Twelve tips to stimulate creative problem-solving with design thinking. *Med Teach*. 2021 May;43(5):501-508. doi: 10.1080/0142159X.2020.1807483. Epub 2020 Aug 26. PMID: 32847450.
9. Joly P, Horvath B, Patsatsi A, et al. Updated S2K guidelines on the management of pemphigus vulgaris and foliaceus initiated by the european academy of dermatology and venereology (EADV). *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2020 Sep;34(9):1900-1913. doi: 10.1111/jdv.16752. Epub 2020 Aug 24. PMID: 32830877.
10. van der Lee N, Westerman M, Fokkema JP, Van Der Vleuten CP, Scherpbier AJ, Scheele F. The curriculum for the doctor of the future: messages from the clinician's perspective. *Med Teach*. 2011;33(7):555-61. doi: 10.3109/0142159X.2011.578176. PMID: 21696282.
11. Van der Lee N, Fokkema JP, Westerman M, et al. The CanMEDS framework: relevant but not quite the whole story. *Med Teach*. 2013 Nov;35(11):949-55. doi: 10.3109/0142159X.2013.827329. Epub 2013 Sep 4. PMID: 24003989.
12. Bank L, Jippes M, Scherpbier AJ, den Rooyen C, Scheele F. How to get your clinical teaching team ready for curriculum change: A practical guide. *Adv Med Educ Pract*. 2019 Nov 19;10:979-986. doi: 10.2147/AMEP.S211958. PMID: 31819697; PMCID: PMC6875520.

CORRESPONDENTIEADRES

Fedde Scheele
E-mail: f.scheele@olvlg.nl