



**Universiteit
Leiden**
The Netherlands

Competentieverricht opleiden: van basis tot specialist

Bolk, J.H.

Citation

Bolk, J. H. (2012). Competentieverricht opleiden: van basis tot specialist. In . Leiden. Retrieved from <https://hdl.handle.net/1887/50783>

Version: Not Applicable (or Unknown)
License: [Leiden University Non-exclusive license](#)
Downloaded from: <https://hdl.handle.net/1887/50783>

Note: To cite this publication please use the final published version (if applicable).

Prof.dr. J.H. Bolk

Competentiegericht opleiden: van basis tot specialist



Universiteit Leiden

Competentiegericht opleiden: van basis tot specialist

Rede uitgesproken door

Prof.dr. J.H. Bolk

ter gelegenheid van zijn afscheid als hoogleraar
Inwendige Geneeskunde, in het bijzonder in het Onderwijs
aan de Universiteit Leiden
op vrijdag 11 mei 2012



Universiteit Leiden

*Leden van de Raad van Bestuur van het LUMC,
Geachte toehoorders,*

Op 1 september 2000 sprak ik in deze ruimte mijn rede uit bij het aanvaarden van het ambt van hoogleraar op het vakgebied van de inwendige geneeskunde in het bijzonder voor onderwijs met als titel Medisch Onderwijs in de 21^e eeuw. Anders dan voorheen? We zijn nu 12 jaar verder en kunnen dus terugkijken op wat er de afgelopen 12 jaar is gebeurd.

Het doel van de opleiding tot arts is het afleveren van competente dokters, die ook nog eens goed communiceren met hun patiënten en gedrag ten toon spreiden dat voldoet aan de professionele standaard. Dat heeft direct te maken met de kwaliteit van het onderwijs. Ik vind het wel aardig om nogmaals het citaat op te nemen van de toenmalige president van de Harvard Medical School, Charles Eliot, die in 1870 het volgende verkondigde: (begin citaat) “The ignorance and general incompetence of the average graduate of the American Medical School, at the time when he receives the degree which turns him loose upon the community, is something horrible to contemplate” (einde citaat). In Nederland heb ik in de huidige tijd geen twijfel over de kwaliteit van de geneeskunde opleidingen en worden nu zowel de basisopleiding geneeskunde als de medisch-specialistische vervolgopleidingen zo ingericht dat daarin meer competenties aan bod komen dan alleen de zuiver medisch-inhoudelijke.

Alvorens aandacht te besteden aan competentiegericht opleiden, de titel van dit afscheidscollege, wil ik beginnen met een korte historische beschouwing van mijn eigen opleiding tot arts en internist over de afgelopen bijna 40 jaar.

Ik studeerde geneeskunde in Groningen waar ik in 1974 mijn artsdiploma ontving. Na een jaar militaire dienst in Utrecht specialiseerde ik me verder in de interne geneeskunde in Enschede en Leiden. Ik ben internist sedert 1 april 1981, nu 31 jaar geleden. Ik kan dus lang terugkijken naar de manier van opgeleid worden tot arts en internist.

Mijn studie geneeskunde werd grotendeels gevuld met colleges,

tot wel 24 uur per week, en met practica. Er waren geen computers, geen laptops, geen iPads en kleinschalige theoretische werkgroepen bestonden toen niet.

Er bestond een vrij strikte scheiding tussen basisvakken als medische fysica, anatomie, fysiologie, chemie en klinische vakken. Mijn eerste patiënt zag ik pas aan het einde van het tweede studiejaar tijdens demonstratiecolleges van de afdeling Psychiatrie, waar studenten van alle studierichtingen op afkwamen. Tijdens het coassistentenschap interne geneeskunde werd heel systematisch aandacht besteed aan de manier waarop een patiënt moest worden bevraagd en onderzocht. De bestudering van het Het Leerboek der anamnese en der fysische diagnostiek van Formijne was hiervoor de standaard. Omgaan met patiënten leerden we van de hoogleraren Mandema, Van der Slikke en Reitsma. Sommige dingen blijven je bij omdat ze indruk hebben gemaakt. Heel goed herinner ik me nog een grote visite in 1972 waarbij prof. Mandema op een klein krukje ging zitten naast het bed van een uitbehandelde patiënt, zijn hand in zijn hand nam, de man aankeek en een aantal keren achter elkaar verzuchtte: Tja, Tja.....en toen weer opstond, naar de patiënt knikte en naar de volgende patiënt ging. Deze patiënt vertelde mij later dat hij zo'n goed gesprek had gevoerd met prof. Mandema. Ik was daar zeer van onder de indruk. Medisch inhoudelijk was er voor de patiënt niets meer te doen maar het tonen compassie met de patiënt heb ik daar geleerd. Het zijn kleine momenten in je opleiding, maar oh zo belangrijk.

Het vakgebied van de interne geneeskunde was toen ook anders dan nu. Patiënten met een maagzweer werden nog 6 weken opgenomen waarbij de behandeling bestond uit 6-8 keer per dag toediening van antacida (maagzuurbinders) gecombineerd met een wit dieet, het zgn. Sippy-dieet, bestaande uit veel melkproducten, later gevolgd door het zgn. Meulengracht-dieet met veel zachte gemalen voeding. Met de introductie van de histamine-receptor-antagonisten en nog later de protonpompremmers werden patiënten voor deze aandoening alleen nog poliklinisch behandeld. Het aantal chirurgische ingrepen voor maagzweren en zweren van de 12-vingerige darm nam

dramatisch af. Maagchirurgie nam alleen nog toe bij oudere patiënten die voor pijnklachten van heup of knie niet stereoïde anti-inflammatoire middelen (NSAID's) kregen voorgeschreven met als bijwerking beschadiging van het maagslijmvlies en de ontwikkeling van maagzweren die zich uiteten met een maagbloeding. Het adagium “no acid, no ulcer” werd met de ontdekking van de *Helicobacter pylori*-bacterie als veroorzaker van maag- en dunne darmzweren onderuit gehaald. Nu wordt een maagzweer behandeld met een zuurremmer en twee antibiotica.

Nog in het begin van de jaren tachtig werden in het Academisch Ziekenhuis Leiden patiënten met een hypothyreoïdie, een vertraagde schildklierwerking, eerst poliklinisch op antistollingstherapie gezet en vervolgens 6 weken opgenomen om per week onder bewaking van een elektrocardiogram steeds oplopende doseringen schildklierhormoon toegediend te krijgen. In 1982 werd dit beleid op grond van voortschrijdend inzicht van de een op de andere dag omgezet in een poliklinische behandeling. Tot de overgang van het AZL naar de huidige nieuwbouw in 1985 dicteerden we brieven op een grammofoonplaat. In datzelfde jaar kocht de eerste assistent een eigen personal computer. We kunnen nu niet zonder. De hele patiëntenzorg, de opleiding en de studie geneeskunde zijn verregaand gedigitaliseerd.

Er zijn in de afgelopen 30 jaar ook nieuwe ziekten ontstaan die daarvoor niet werden gezien. Ik noem de Legionairsziekte, een longontsteking door de *Legionella pneumophila* die ontdekt werd bij oorlogsveteranen in Amerika en waarmee de eerste patiënt in Leiden werd gediagnosticeerd door Pieter Meenhorst die daar later op promoveerde. In 1982 werd op een klinische conferentie van de interne geneeskunde door Annette Nienhuis de eerste patiënt met AIDS gedemonstreerd waarvan we toen aannamen dat dat een dodelijke ziekte was. Inmiddels is dit door de ontwikkeling van zeer effectieve antivirale geneesmiddelen, een chronische ziekte geworden met een bijna even goede levensverwachting als mensen zonder deze ziekte. Daarnaast zijn er ook veel klinische syndromen ontstaan waarmee artsen het moeilijk hebben, de zgn. SOLK-syndromen:

dit betreft patiënten met somatisch onverklaarde lichamelijke klachten. Voorbeelden hiervan zijn het chronisch vermoeidheidssyndroom, fibromyalgie, RSI en het chronisch whiplashsyndroom. Artsen hebben moeite met patiënten met deze klachten, weten niet wat ze er mee aan moeten en hebben hier in hun opleiding nooit iets over gehoord. Er is nu een Multidisciplinaire Richtlijn SOLK tot stand gekomen waaraan ook de Nederlandse Internisten Vereniging heeft meegewerkt. In de basisopleiding tot arts en ook in de medisch-specialistische vervolgopleidingen is voor deze toenemende groep patiënten nog te weinig aandacht.

Als we de interne geneeskunde van nu bekijken dan kan een assistent in opleiding het vakgebied niet meer uitoefenen zonder grondige kennis van de immunologie en de moleculaire biologie. Moleculairbiologische, diagnostische en therapeutische technieken hebben het vakgebied van de interne geneeskunde al diepgaand beïnvloed en zullen dat in toenemende mate blijven doen. Met name op de gebieden infectieziekten, hematologie, klinische oncologie, reumatologie en maag-darm-leverziekten worden nu behandelingen gegeven die kort geleden niet bestonden. Stamceltransplantaties worden nu behalve voor hematologische aandoeningen ook toegepast voor bv. reumatologische ziekten als sclerodermie en zelfs voor de ziekte van Crohn.

In nog geen 30 jaar is er dus veel veranderd in de basisopleiding geneeskunde en in de specialistische opleiding tot internist. Daarnaast wordt er door de maatschappij in het algemeen en door de patiënt in het bijzonder veel verwacht van de arts buiten zijn specifieke vakkennis. Dan gaat het dus om de competentieontwikkeling op het gebied van attitude, communicatie en professioneel gedrag en een aantal andere competenties waar ik verderop nog op terug kom.

Wat niet veranderd is, is de manier waarop we naar patiënten kijken en deze behandelen. De spreuk van Murphy geldt nog steeds: “The Patient is the Center of the Medical Universe around which all our work revolves and towards all our efforts

tend”. De basis voor tenminste 70-80 % van diagnoses die een arts stelt is gebaseerd op het afnemen van een goede anamnese en het verrichten van een volledig lichamelijk onderzoek. William Osler zei het reeds: als je goed naar de patiënt luistert vertelt deze je de diagnose. De boodschap in deze woorden is: maar luister dan ook! Uit onderzoek van medische consulten is gebleken dat artsen hun patiënten reeds na ongeveer 18 seconden interrumperen en zelf vragen gaan stellen, vaak gesloten vragen waarop een kort ja/nee antwoord mogelijk is. Het momentum om optimaal informatie uit een patiënt te verkrijgen is dan voorbij.

Jerome Groopman legt hier in zijn boek “How doctors think” ook nog eens de nadruk op. Luister naar de patiënt, toon empathie en het verhaal van de patiënt leidt je vaak in de goede richting. Edo Meinders, opleider interne geneeskunde in het LUMC van 1987-2005, en leerling van Borst in Amsterdam, heeft dit proces in zijn klinische patiëntdemonstraties gedurende vele jaren overgebracht op de medisch studenten. Paul de Meijer en ikzelf hebben deze rol de laatste jaren overgenomen. Studenten die deze colleges niet of sporadisch bezoeken onderschatten het belang ervan voor de vaardigheid klinisch redeneren, waarmee problemen van patiënten moeten worden opgelost.

Waar we voor moeten oppassen is dat er zich de komende jaren orgaangeneeskunde gaat ontwikkelen, waarbij een patiënt voor elk deelprobleem een andere consulent aan zijn bed krijgt of naar weer een andere polikliniek wordt verwezen. Een goed en breed opgeleid internist kan een groot deel van zijn patiënten zelfstandig behandelen daarbij gepast gebruikmakend van expertise op andere velden. We hebben de beschikking over veel zeer geavanceerde diagnostische technieken die we kunnen inzetten bij onze patiënten, maar laten we het zelf nadenken niet op de tweede plaats zetten.

Nu dan aandacht voor het competentiegericht opleiden:

De titel van dit afscheidscollege is: **Competentiegericht opleiden: van basis tot specialist.**

Is dat nu een geheel nieuwe benadering van de opleiding tot arts en medisch specialist en is er een wezenlijk verschil tussen

het Raamplan voor de artsopleiding uit 2001 en uit 2009? De antwoorden op deze vragen zijn zowel neen als ja.

Het zal u allen in deze zaal wel eens zijn overkomen: u bezoekt de huisarts of een medisch specialist voor een klacht waarvoor u een medisch advies nodig heeft. Wat u ook voor achtergrond heeft: u plaatst zichzelf daarmee in een afhankelijke rol tegenover een professional waarvan u aanneemt dat die veel weet over de klacht waarmee u hem consulteert. Omdat uzelf niet een duidelijk idee heeft over uw klachten (tenzij u een internet-zoektocht hebt ondernomen en daar al of niet relevante informatie hebt verkregen) neemt u al snel aan dat de dokter het wel zal weten en volgt zijn adviezen dan ook maar al te graag op. Ik hoop dat u dan ook de spreekkamer verlaat met het gevoel goed geholpen te zijn en dat de arts alles goed met u heeft besproken en uitgelegd en ook een professionele houding liet zien. U bent zagezegd een tevreden patiënt. Een dergelijk consult kan echter ook heel anders verlopen: u wordt niet uit de wachtkamer gehaald maar geroepen, de arts geeft u geen hand ter begroeting, kijkt u niet aan tijdens het medisch vraaggesprek (= anamnese) maar schrijft vooral of tikt op zijn toetsenbord gegevens in en tuurt op zijn computerscherm, onderzoekt u niet of heel vluchtig, legt niet echt goed uit wat er aan de hand is, schrijft of tikt opdrachten voor nader onderzoek of schrijft een recept en laat de secretaresse een vervolg afspreken. U verlaat de spreekkamer in verwarring; wat is hier gebeurd, wat heb ik nu eigenlijk?

Dit is natuurlijk een wat karikaturale beschrijving van een consult maar helaas komt dit toch voor zoals ik het heb beschreven. Wat ik ermee wil zeggen is dat een arts naast zijn medische competentie ook moet beschikken over andere eigenschappen die hem tot een professionele gesprekspartner voor de patiënt maken. Dan praten we over algemene competenties als communicatieve vaardigheden, professionele houding, empathie, maatschappelijk handelen.

Het lijkt me nu een goed moment om een aantal competenties wat uitgebreider te bespreken. Ik heb zitting mogen hebben in

de Raamplancommissie voor de Artsopleiding 2009, waarin deze in extenso worden beschreven. Hierin worden de zgn. CanMeds-rollen of -competenties beschreven waaraan de pas afgestudeerde arts moet voldoen alvorens hij het vak mag uitoefenen. Deze zijn gebaseerd op een onderzoek onder Canadese patiënten over de eigenschappen die zij graag zouden zien bij de arts die zij consulteren: het gaat om de volgende rollen: die van

- Medische deskundige
- Communicator
- Samenwerker
- Organisator
- Gezondheidsbevorderaar
- Academicus
- Beroepsbeoefenaar

In de medisch-specialistische vervolgopleidingen wordt gesproken over **competentiedomeinen** in plaats van rollen. Het gaat dan om de volgende competentiedomeinen:

- Medisch handelen
- Communicatie
- Samenwerking
- Organisatie
- Maatschappelijk handelen
- Kennis en wetenschap
- Professionaliteit

Ik zal in het vervolg van mijn verhaal een aantal van deze competenties nader uitwerken.

De competentie medisch handelen: het ligt voor de hand te denken dat een patiënt die zich tot een arts wendt met een bepaalde klacht van deze een behandeling verwacht die gebaseerd is op in de beroepsgroep gebruikelijke professionele aanpak die weer gebaseerd is op een breed kennis- en vaardighedenpakket. Ik citeer een alinea uit het Raamplan 2009: “de arts verzamelt en interpreteert gegevens, maakt een probleemanalyse en neemt de daaruit voortvloeiende juiste beslissingen met

betrekking tot diagnostiek en behandeling en controleert vervolgens ook of deze aanpak resultaat heeft. Hij communiceert daarbij doeltreffend mondeling, schriftelijk of elektronisch met zijn patiënten en hun naasten en met andere medewerkers in de gezondheidszorg”. Dat staat mooi opgeschreven, maar doen we het ook zo? Het is in ieder geval binnen het specialisme interne geneeskunde nog gebruikelijk om een patiënt een volledige anamnese af te nemen en een volledig internistisch lichamelijk onderzoek te verrichten, daarna een differentiaal diagnose op te stellen en het aanvullend onderzoek hierop gericht te laten aansluiten.

Of de ontwikkeling van deze competentie in een geneeskundig curriculum goed geborgd is wordt door regelmatige externe visitaties van de opleiding beoordeeld. Elk medisch specialisme heeft een nieuw opleidingsplan moeten schrijven waarin de meest voorkomende problemen van ziekte en gezondheid worden beschreven en die als leerdoelen gelden voor de verschillende stages die men in de opleiding moet doorlopen. Nieuwe onderwijskundige inzichten geven ook aan dat opleidingen van docentgestuurd in het begin steeds meer studentgestuurd moeten verlopen met een toenemende verantwoordelijkheid voor het eigen leer- c.q. opleidingstraject naarmate de opleiding vordert en waarbij basisvakken voor de opleiding zoals anatomie en fysiologie geïntegreerd moeten worden aangeboden met klinische vakken. Dit was grotendeels al zo, maar er wordt in het nieuwe medisch curriculum in het LUMC dat per september 2012 van start gaat nog meer aandacht aan gegeven.

Met de **Competentie Professionaliteit** wordt ook wel Professioneel Gedrag bedoeld. Hier wil ik graag wat langer bij stil staan.

In medische opleidingen is er in toenemende mate aandacht voor het beoordelen van professioneel gedrag van medisch studenten of assistenten met de bedoeling onprofessioneel gedrag te voorkomen en positieve impulsen te geven voor verbetering van dat gedrag door het gericht geven van feedback. Het belang hiervan wordt ondersteund door het feit dat klachten over me-

dische zorg in het algemeen en artsen in het bijzonder eerder zijn terug te voeren op onvoldoende professioneel gedrag dan op onvoldoende medische kennis of technische vaardigheden. Er zijn door een landelijke werkgroep criteria ontwikkeld om te beoordelen of studenten en assistenten over een voldoende niveau van professioneel gedrag beschikken.

Professioneel gedrag wordt in het eindrapport van deze werkgroep gedefinieerd als: observeerbaar gedrag waarin de normen en waarden van de beroepsuitoefening zichtbaar zijn. Dit dient tot uitdrukking te komen in woord, gedrag en uiterlijk en is van groot belang voor het basisvertrouwen dat een patiënt moet kunnen stellen in zijn behandelaar. Er worden binnen de competentie professioneel gedrag 3 dimensies onderscheiden: omgaan met taken en werk, omgaan met anderen en omgaan met zichzelf.

Bij **omgaan met taken** gaat het o.a. om het tonen van verantwoordelijkheid voor de dingen die je doet, het op niveau beoefenen van klinische vaardigheden, het serieus nemen van scholing en bijscholing en het tonen van hoge morele normen en waarden.

Bij **omgaan met anderen** gaat het om communicatievaardigheden, het tonen van integriteit en empathie, het houden van professionele afstand en het werken in teamverband

Bij **het omgaan met zichzelf** betreft het het vermogen tot reflectie op eigen gedrag en het open staan voor externe beoordeling

Het is de vraag hoe in een geneeskundig curriculum aandacht voor de competentie professionaliteit gestalte moet krijgen. Enerzijds moet er al vroegtijdig in de opleiding aandacht voor zijn en moeten in een longitudinaal traject door de hele opleiding heen momenten gecreëerd worden om professioneel gedrag te toetsen: in eerste instantie formatief met het aanbieden van evt. verbetertrajecten en later ook summatief met als uiterste consequentie het zgn. **Iudicium Abeundi**, wat zoveel betekent dat de opleiding kan besluiten de student verdere voortzetting van zijn opleiding te ontzeggen. Een recente wij-

ziging in de Wet op het hoger onderwijs en wetenschappelijk onderzoek (WHW) maakt het mogelijk dat de inschrijving van een student voor een opleiding wordt beëindigd dan wel geweigerd als die student door zijn gedragingen of uitlatingen blijk geeft van ongeschiktheid voor de uitoefening van het beroep, dan wel voor de praktische voorbereiding daarop. Voordat het echter zover komt dient de opleiding dit gedrag te melden aan de Examencommissie of de decaan die zich hierover een oordeel moet vormen. In geval van onprofessioneel gedrag dient dan een aantekening te worden gemaakt in het dossier van de student en dient er tegelijkertijd een passende begeleiding te worden aangeboden om het gewraakte gedrag te verbeteren. Als dit allemaal niet tot verbetering van het ongewenste gedrag leidt is als uiterste maatregel een Iudicium Abeundi mogelijk. In het LUMC is een Commissie Professioneel Gedrag ingesteld die de examencommissie kan adviseren over maatregelen voor individuele studenten.

Dit betekent echter ook dat docenten, opleiders c.q. begeleiders voldoende achtergrondkennis en vaardigheden moeten hebben om professioneel gedrag te beoordelen en dat zij zich ook bewust moeten zijn van hun eigen rolmodel voor toekomstige artsen. Alle supervisors en stafleden zullen mijns inziens op dit gebied een professionaliseringstraject moeten volgen.

Hoe groot is eigenlijk het probleem van onprofessioneel gedrag onder medisch studenten en praktiserende artsen? Maxine Papadakis heeft samen met collega's in 2005 een studie gepubliceerd in de New England Journal of Medicine getiteld : Disciplinary Action by Medical Boards and Prior Behaviour in Medical School. Dit artikel heeft veel aandacht gekregen. Zij heeft 235 afgestudeerde artsen van 3 verschillende medische faculteiten onderzocht die een disciplinaire maatregel kregen opgelegd en deze gegevens vergeleken met 469 controle-artsen die geen maatregel hadden gekregen gedurende hun beroepsuitoefening. Het opleggen van een disciplinaire maatregel bij deze 235 artsen tijdens hun beroepsuitoefening bleek significant gecorreleerd met onprofessioneel gedrag tijdens hun medische opleiding (Odd's-Ratio van 3,1 (1,1-4,8)).

De belangrijkste redenen hiervoor waren :

1. ernstig onverantwoordelijk gedrag met een Odd's van 8,5.
Het ging hier om het niet nemen van verantwoordelijkheid tot uiting komend in frequente afwezigheid in de kliniek, het niet tonen van proactief gedrag met betrekking tot de zorg voor patiënten
2. een sterk verminderd vermogen tot correctie van dit gedrag : Odd's 3,1. Hierbij was vaak sprake van het niet aannemen van adviezen en ongevoeligheid voor constructieve feedback en het tonen van een positieve attitude
3. een gestoorde werkelijk relatie met medestudenten, assistenten in opleiding, medische staf en met verpleegkundige staf
4. het tonen van een gebrek aan motivatie en enthousiasme voor hun opleiding en het zich passief gedragen

Er bleek ook een relatie te bestaan met lage scores op toelatingstesten voor de medische opleiding en met lage toetsresultaten in de eerste 2 studie jaren.

Al deze associaties gaven een 3 maal verhoogd risico op het krijgen van een latere disciplinaire maatregel.

Ik ken geen studie uit het Nederlandse taalgebied waarin dit op vergelijkbare wijze is onderzocht maar wie de uitspraken en verslagen van de regionale en centrale medische tuchtcolleges in Medisch Contact leest moet wel tot de conclusie komen dat vergelijkbare zaken ook in Nederland spelen. De Commissie Professioneel Gedrag in Maastricht ontvangt per jaar zo'n 20-25 meldingen van een onvoldoende voor professioneel gedrag. Door verbetertrajecten in te zetten leidt dit tot 3-5 onvoldoende eindejaarsbeoordelingen.

Wat doet het LUMC hiermee? Gelukkig is er al het een en ander gedaan aan dit onderwerp. In de werkgroep Professioneel Gedrag waar ik zitting in heb gehad is een nota Longitudinale beoordeling van Professioneel Gedrag in de Bachelor-Masteropleiding Geneeskunde in Leiden opgesteld met Checklists voor het beoordelen van professioneel gedrag in de preklinische Bachelorfase van de opleiding en een aparte checklist voor de klinische Masterfase waarin de coassistenten vallen.

De vraag die we ons hier gesteld hebben is hoe vaak professioneel gedrag moet worden beoordeeld en waar in de opleiding dat moet gebeuren.

In jaar 1 van de opleiding lijkt de zorgstage (3 weken continu) het meest geschikte moment hiervoor. In latere jaren de kleinschalige werkgroepen van de Lijn Klinisch onderwijs (LKO) in jaar 2, de LKO-werkgroepen in jaar 3 en de Vroege Praktijkcontacten in jaar 3 en 4 en het snijzaalpracticum. Tijdens deze studieonderdelen worden de studenten steeds door dezelfde docenten begeleid en beoordeeld, een voorwaarde voor een zo goed en betrouwbaar mogelijk oordeel. In de Masterfase geldt dit uiteraard voor alle coassistenten, voor de semi-artsstage en voor de wetenschapsstage. Voor de nabije toekomst is het aan te bevelen hier een portfolio voor in te richten.

Er is zoals ik al noemde een aantal jaren geleden een Commissie Professioneel Gedrag ingesteld waar studenten met een probleem in deze sfeer kunnen worden aangemeld. Ik zal de komende jaren het voorzitterschap van deze commissie op me nemen.

In het verlengde van de bespreking van de competentie Professioneel gedrag ligt **Docentprofessionalisering**. Van de medische staf in het LUMC kan gesteld worden dat zij in hun vakgebied op hoog niveau functioneren en dat een groot deel van de staf ook met enthousiasme docent is voor de opleiding geneeskunde.

Echter; hier lijkt ruimte voor verbetering. Voor leraren in het basis- en voortgezet middelbaar onderwijs is een onderwijskwalificatie een absolute voorwaarde om te kunnen functioneren als docent. Het onderwijs aan medisch studenten wordt gegeven door amateur-docenten die dit toevallig goed doen of niet. Pas in oktober 2011 vond de uitreiking plaats van de eerste 11 LUMC-onderwijskwalificaties voor klinische docenten. In 2006 werden 5 onderwijskwalificaties uitgereikt aan 5 docenten van de studierichting Biomedische Wetenschappen. Veel klinische docenten die ook voor een docentprofessionaliseringstraject waren uitgenodigd gaven aan hiervan af te zien vanwege tijdgebrek. Het LUMC loopt hiermee duidelijk achter op de andere UMC's.

Het geven van onderwijs in het LUMC ligt verankerd in de divisiestructuur, ook wel de lijnorganisatie genoemd, en daarmee bij afdelingen; daar ligt dan ook de verantwoordelijkheid voor de uitvoering van de onderwijstaken en daarmee ook voor de kwaliteit van de uitvoering. De lijnorganisatie dient er dan ook op toe te zien dat docentprofessionalisering en onderwijskwaliteitsbeleid wordt bevorderd. Boerhaave-nascholing en het ICLON bieden regelmatig cursussen aan die hierin voorzien. Voor docenten is dit echter een te vrijblijvend aanbod. Patiëntenzorg en onderzoek krijgen vaak voorrang. De Teach the Teacher-cursussen voor bv. assistenten in opleiding (AIOS) tot internist zijn verplicht: iedere AIOS wordt door de opleider hiervoor ingedeeld om zijn/haar rol als docent voor bv. co-assistenten beter te kunnen vervullen. Voor staf is dit blijkbaar anders: geen sancties indien hier niet aan voldaan wordt. Er zijn gelukkig afdelingen die een basiskwalificatie (BKO) voor hun stafleden sterk stimuleren en verplichten.

De Raad van Bestuur van het LUMC heeft in mei 2007, dus 5 jaar geleden, de nota Kwaliteitsprogramma Docenten/ Docentprofessionalisering uitgebracht met het doel het kwaliteitsniveau van de docenten in het LUMC te verhogen. Hierin zijn de competenties van docenten op 4 kwaliteitsniveaus geformuleerd voor de volgende onderwijsfuncties:

- Niveau 1: practicum- werkgroepdocent voor preklinisch en klinisch onderwijs
- Niveau 2: Hoorcollege- of responsiecollegedocent
- Niveau 3: Blok-, Lijn-, Jaar-coördinator, Lid onderwijscommissies
- Niveau 4: Voorzitter onderwijscommissies en bestuursorganen

Per niveau worden hierin de competenties nader uitgewerkt en worden cursussen aanbevolen om deze competenties te behalen. Désirée Mansvelder en Sylvia Vink hebben deze nota voor het LUMC verder uitgewerkt (juli 2009). Ik ben echter bang dat beide nota's door veel afdelingshoofden en docenten niet zijn gelezen en dat er onvoldoende gevolg aan is gegeven.

De recente Visitatiecommissie voor de Opleiding Geneeskunde aan het LUMC heeft aangegeven dat er weliswaar een goed programma voor docentprofessionalisering is neergezet maar dat nog te weinig docenten het vereiste Basiskwalificatie (BKO) niveau 1 hebben behaald. Hier moet dus nog het een en ander gebeuren.

Ook vanuit de Universiteit Leiden en de werkgroep Docentprofessionalisering Medisch Onderwijs van de NVMO (Nederlandse Vereniging voor Medisch Onderwijs) zijn in 2008 notities uitgebracht respectievelijk met betrekking tot de Eindtermen Basiskwalificatie Onderwijs voor alle docenten van de Universiteit Leiden en de Competenties van docenten en opleiders in het medisch opleidingscontinuüm. Dat sluit dus naadloos aan.

Samenvattend: Docentprofessionalisering is belangrijk voor de kwaliteit van de medische opleiding aan het LUMC. Er is een goed scholingsaanbod voor de verschillende niveaus van docentkwalificatie maar er is veel ruimte voor verbetering. Het moet de komende jaren leiden tot docenten die enthousiast en gemotiveerd zijn en goed voorbereid en toegerust zijn voor hun onderwijsstaak. Daartoe is een meer dwingende verplichting nodig om de docenten ook inderdaad te professionaliseren. De Raad van Bestuur en de afdelingshoofden dienen hier een sturende rol in te spelen.

Van de andere competenties die ik noemde wil ik er nog één kort behandelen en dat is de **competentie reflectie** die eigenlijk niet in de oorspronkelijke CanMeds-competentielijst is terug te vinden. Deze competentie behelst dat iedere arts zich steeds weer dient te bezinnen op zijn eigen functioneren en bereid is om te gaan met constructieve feedback vanuit zijn omgeving. Dat kunnen directe collega's zijn, arts-assistenten, studenten, verpleegkundigen maar ook patiënten. In de D-rect-enquête die assistenten in opleiding elke 2 jaar invullen beoordelen zij hun eigen opleiding en hun opleiders. Op een aantal afdelingen van het LUMC zijn al 360-graden evaluaties ingevoerd waar-

mee stafleden door meerdere disciplines worden beoordeeld op hun functioneren. Het zou een teken van professionele volwassenheid zijn om dit verder te ontwikkelen.

Tot slot van dit college nog een aantal afsluitende opmerkingen en een dankwoord. Ik ben dankbaar voor het feit dat ik bijna 35 jaar heb mogen werken in een zo stimulerende werkomgeving als het LUMC. Ik ben dankbaar voor het vertrouwen dat de patiënten in mij hebben gesteld en dat zijn er vele geweest. Ik heb wel eens het gevoel gehad dat ik zo ongeveer de huis-internist van het AZL en later het LUMC ben geweest. Het behandelen van collegae of hun naasten vereist wel enige flexibiliteit van geest want bij het afnemen van een anamnese bij een collega krijg je er vaak al een interpretatie van de klachten bij. Je moet dan oppassen dat je je normale benadering van een medisch probleem niet laat varen en te kort door de bocht gaat. Ik heb niet het idee dat mij dat vaak is overkomen.

Ik wil de stafleden van de algemene interne geneeskunde bedanken voor de lange en goede samenwerking die we op de terreinen patiëntenzorg, onderwijs, opleiding, nascholing en onderzoek hebben gehad. We hebben het met elkaar de laatste 7 jaar na het vertrek van Edo Meinders niet altijd gemakkelijk gehad door besluiten die we over ons heen kregen: eerst het niet meer als zelfstandige afdeling door kunnen gaan en recent het besluit dat onze afdeling zal worden opgeheven en op zal gaan in een grotere afdeling Interne geneeskunde. De vasculaire geneeskunde is als specialistische discipline vanuit de algemene interne geneeskunde ontstaan en recent overgegaan naar de nieuwe afdeling Hemostase en Thrombose. De inspanningen van de afdeling op het gebied van onderwijs en nascholing en ook de opleiding tot internist zijn binnen Divisie 2 altijd van grote omvang geweest en zijn dat nog. Daar kunnen we trots op zijn. Dat de interne geneeskunde zich de laatste jaren heeft opgesplitst in een aantal disciplinegebieden is gezien de ontwikkelingen in het hele vakgebied onontkoombaar maar of daarmee de expertise die nu binnen de algemene interne geneeskunde aanwezig is blijft bestaan is nog zeer onduidelijk. Mijn opleider prof. Jaap de Graeff gaf in 1967 zijn

inaugurele rede de titel mee : Specialisatie in de geneeskunde. Dat was het begin van de expertisewetontwikkeling binnen de interne geneeskunde in verschillende aandachtsgebieden. Prof. Jan Veltkamp, die hem in 1984 opvolgde, sprak in zijn oratie over de Despecialisatie in de inwendige geneeskunde en pleitte voor het aanbrengen van meer differentiatie in de functies van aan te stellen hoogleraren in clinical professor, teaching professor en research professor naar Amerikaans voorbeeld. De realiteit van dat moment was echter om bij benoemingen van hoogleraren steeds weer het schaap met 5 poten te zoeken met alle genoemde competenties in zich verenigd. De laatste 10 jaar is er in het LUMC een beleid gekozen waarbij gestreefd wordt naar de benoeming van onderwijshoogleraren, waaronder ikzelf, die dat als belangrijkste leeropdracht hebben naast hun patiëntenzorgtaak.

Prof. Ton Rabelink, divisievoorzitter en ad interim hoofd van de interne geneeskunde is op dit moment bezig de interne geneeskunde een nieuwe structuur te geven, waarbij met name op poliklinisch niveau naar verdere integratie van werkzaamheden wordt gestreefd. We zitten in een overgangsfase die mijns inziens ook niet te lang moet duren. De opleiding tot internist is met het benoemen van prof. Jaap van Dissel als opleider en prof. Hans de Fijter als plaatsvervangend opleider nu wel goed geborgd voor de komende jaren. Het is belangrijk dat ook het vakgebied Interne geneeskunde weer een duidelijk gezicht krijgt. De opsplitsing van de interne geneeskunde over 2 divisies helpt daar niet direct aan mee. Prof. Onno Buruma, de vorige voorzitter van de Raad van Bestuur van het LUMC, merkte in een interview in het jubileumboek van de Nederlandse Internisten Vereniging in 2006 op dat hij de interne geneeskunde beschouwt als de moeder van de medische specialismen en dat in Leiden altijd en consequent is gekozen voor een centrale en dominante positie van de interne geneeskunde. Hij staat in dat interview ook volledig achter de vertakkingen van de interne geneeskunde in deelspecialismen, waarmee de interne geneeskunde in Leiden zelf ook al vanaf de jaren vijftig in de vorige eeuw bezig is geweest. Ik wil nog eens benadrukken dat diezelfde opsplitsing in differentiatiegebieden kan

leiden tot internisten die minder breed zijn opgeleid en die het patiëntenaanbod in de huidige tijd met multiple problemen bij één patiënt en met de toenemende ouderdomsproblematiek niet meer goed zelf kunnen behappen. Het is mijns inziens belangrijk om tenminste een aantal facetten van de interne geneeskunde en het internistisch werken goed en breed te ontwikkelen, te weten de acute geneeskunde en de poliklinische interne geneeskunde. De eerste stappen daartoe zijn inmiddels gezet. Jaap Fogteloo en Ingrid Jazet zijn de trekkers van deze aandachtsgebieden. Ik denk dat een gedeeltelijke integratie van de vakgebieden nierziekten, endocrinologie, ouderengeneeskunde, vasculaire geneeskunde en algemene interne geneeskunde in de patiëntenzorg zeker in het poliklinische bedrijf heel goed kan functioneren. De internisten van de Algemene Interne Geneeskunde kunnen in een dergelijke constructie hun plaats vinden en daar ook een leidende rol spelen. Buruma zei het al: je moet flexibel genoeg zijn om in elk tijdsvak de organisatie zó te heroriënteren, dat aan de vragen van de patiënt het beste kan worden tegemoet gekomen. Dat zou ook kunnen betekenen dat je maximaal gaat inzetten op een goede en brede organisatie en opvang van acute patiënten en van een polikliniek interne geneeskunde die voor verwijzers als een centrale ingang wordt gezien. Bovendien: de nieuwe afdeling acute opname en ook de polikliniek interne geneeskunde vervullen een belangrijke rol in de opleiding van arts-assistenten en co-assistenten.

Ik heb van 1987 tot 2012 de functie vervuld van plaatsvervangend opleider voor het specialisme interne geneeskunde en ben ook kort ad interim hoofdopleider geweest. Ik heb vele assistenten voorbij zien trekken en ook zelf begeleid. Ik ben steeds weer onder de indruk van het niveau van onze jonge 'klaren' aan het einde van hun opleiding. Daar mogen we met z'n allen trots op zijn.

Dan de studenten: de voornaamste reden dat ik 28 jaar geleden heb besloten mijn carrière in het AZL/LUMC voort te zetten is geweest dat ik met heel veel plezier en compassie onderwijs

heb gegeven aan de studenten geneeskunde in de preklinische fase van de opleiding maar ook in de coschappen. Het is steeds weer enorm uitdagend de systematiek van ons werk als internist over te brengen op jongeren. Dat heb ik gedaan als blokcoördinator en laatstelijk als lijncoördinator van de Lijn Klinisch Onderwijs waar de essentiële kenmerken van het beroep van arts worden onderwezen. Geneeskunde studenten in Leiden zijn daarnaast op alle niveaus aanwezig in commissies die de kwaliteit van de opleiding bewaken en dat is goed. Het bestuur van de Medische Faculteit der Leidse Studenten, de MFLS, en de vele subcommissies daarvan organiseren elk jaar weer vele activiteiten voor hun medestudenten en organiseren ook landelijke en internationale congressen op het gebied van medisch onderwijs en onderzoek. Ik zal ook na mijn vertrek zeker nog een aantal jaren betrokken blijven bij het studentenonderwijs als blokcoördinator van een 3^e-jaarsblok en als voorzitter van de Commissie Professioneel gedrag. Dus ik mag nog even blijven.

Dan nog het thuisfront: Heleen, Nienke, Marjolein, Jorrit, Erwin: ik hoop dat we de komende jaren samen nog de nodige activiteiten kunnen ondernemen en daarbij van mijn legere agenda kunnen profiteren. We genieten nu al van de kleinkinderen Tom, Lotte en Roos en we zien ernaar uit onze oppasrol ook de komende jaren te kunnen blijven vervullen.

Ik heb gezegd.

Referenties

- 1 Papadakis MA, Teherani A, Banch MA cs. Disciplinary action by medical boards and prior behaviour in medical school. *N Engl J Med* 2005; 353: 2673-82.
- 2 Lutke Schipholt ILE. Horkerige student snel opsporen. *Medisch Contact* 2010; nr 47: 2517-2519 (Interview met Maxine Papadakis).
- 3 Stern DT, Papadakis MA. Becoming a professional. *N Engl J Med* 2006, 355: 1794-1799.
- 4 Kirk LM, Blank LL. Professional behaviour- A learner's permit for licensure. *N Engl J Med* 2005; 353: 2709-2711.
- 5 Projectteam Consilium Abeundi. Professioneel gedrag: onderwijs, toetsing, begeleiding en regelgeving, 2002.
- 6 Iudicium Abeundi. Tekst wetsvoorstel, gepubliceerd 19 december 2008.
- 7 Scheele F, Brulez H, Mooren van der K, Bierenbroodspot S. Zwakte in bepaalde competenties zo snel mogelijk aanpakken. *Medisch Contact* 2010; 24: 1125-1127.
- 8 Rynja S, Cents R, Morsing M. Tabee lomperiken en horken. *Medisch Contact* 2007; 62: 73-75.
- 9 Konijn K, Walhout R, Klerk de C, Kruidenberg C, Brouwer T. Wegsturen student bij wangedrag mag. *Medisch Contact* 2012; 65: 1629-1632.
- 10 Kwaliteitsprogramma Docenten/ Docentprofessionalisering. Raad van Bestuur LUMC, mei 2007.
- 11 Mansvelter D, Vink S. Docentprofessionalisering: Competenties en cursusaanbod voor docenten in het studenten-onderwijs BW en GNK. Interne nota LUMC, juni 2009.
- 12 Informatiebrochure Commissie Professioneel Gedrag LUMC. Juni 2010.
- 13 Longitudinale beoordeling professioneel gedrag in de Bachelor-Master-opleiding Geneeskunde in Leiden. Eindrapport Commissie Professioneel gedrag, mei 2008.
- 14 Mook WNKA, Scheltus van Luyk J, Vleuten PM van der. Professioneel gedrag in de opleiding geneeskunde. *Ned Tijdschr Geneesk* 2009; 153: 1588-1592.
- 15 Harden RM, Crosby J. AMEE Guide no 20: The good teacher is more than a lecturer- the twelve roles of the teacher. *Medical Teacher*. 2002; 22: 334-347.
- 16 Groot CG, Pols E. Inventarisatie van kerncompetenties en specifieke competenties van docenten in het wetenschappelijk onderwijs. *Tijdschrift voor Medisch Onderwijs* 2005; 24: 113-124.
- 17 Editorial. Researcher, clinician or teacher? *The Lancet* 2001; 357: 1543.
- 18 Herwaarden CLA van, Laan RFJM, Leunissen RRM. Raamplan artsopleiding 2009. Utrecht 2009.
- 19 Groopman J. How doctors think. 2008.
- 20 Multidisciplinaire Richtlijn GGZ: Somatisch Onvoldoende verklaarde Lichamelijke Klachten (SOLK) en Somatoforme Stoornissen. Trimbos Instituut Utrecht 2010.
- 21 Wessely S, Nimnuan C, Sharpe M. Functional somatic syndromes: one or many? *Lancet* 1999; 354: 936-939.
- 22 De Graeff J. Specialisatie in de geneeskunde (inaugurele rede). Leiden: Universitaire Pers Leiden, 1967.
- 23 Veltkamp JJ. Despecialisatie in de inwendige geneeskunde (inaugurele rede). Rijksuniversiteit Leiden, 18 mei 1984.
- 24 Paul LC. Herintegratie door verdere specialisatie (inaugurele rede) Universiteit Leiden, 29 oktober 1999.
- 25 Buruma OJS. De vertakkingen en de stam van het moederspecialisme. Interview in: *Interne Geneeskunde: pijler van de moderne gezondheidszorg*. Jubileumuitgave Nederlandse Internisten Vereniging 2006: 297-299.

PROF.DR. J.H. BOLK (ALMELO 1947)



1974	Artsdiploma Rijksuniversiteit Groningen
1974-1975	Militaire Dienst Militair Hospitaal dr. A Mathijssen Utrecht
1975-1981	Specialisatie Interne Geneeskunde
1981-1984	Opleiding tot internist-endocrinoloog
1982	Promotie op het proefschrift: de betekenis van schildklier stimulerende immuunglobulines voor de klassificatie en de behandeling van de ziekte van Graves
1984-1999	Hoofd polikliniek interne geneeskunde
1987-2011	Plaatsvervangend opleider voor het specialisme interne geneeskunde
1999-heden	Hoogleraar interne geneeskunde in het bijzonder voor onderwijs

Prof. Bolk heeft zich in zijn academische loopbaan naast de patiëntenzorg vooral bezig gehouden met de organisatie en het geven van onderwijs aan medische studenten aan het LUMC. Hij was voorzitter/lid van een aantal blokcommissies, voorzitter van de opleidingscommissie geneeskunde, voorzitter van de Bachelor-Master-curriculumcommissie geneeskunde en de laatste jaren voorzitter van de Lijncommissie Klinisch Onderwijs. Daarnaast was hij in Boerhaave-verband gedurende vele jaren betrokken bij het organiseren van Boerhaave-nascholingscursussen voor huisartsen en verpleeghuisartsen en binnen de Nederlandse internistenvereniging bij het organiseren van de jaarlijkse internistendagen. De laatste 5 jaar was hij betrokken bij de organisatie van het jaarlijkse congres van de Nederlandse Vereniging voor Medisch Onderwijs



Universiteit Leiden