

**ANNE WORDT MEDISCH SPECIALIST**

Oplage 1000  
Omslagfoto Levien Willemse, Rotterdam  
Ontwerp Ontwerpwerk, Den Haag  
Drukwerk Demmenie Grafimedia, Alphen aan den Rijn

ISBN 978-90-779-0662-0

© Prof. dr. Jan van Saase, oratiereeks Erasmus MC  
8 mei 2009

Alle rechten voorbehouden. Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd zonder voorafgaande toestemming van de auteur.

Voorzover het maken van kopieën uit deze uitgave is toegestaan op grond van art. 16h t/m 16m Auteurswet 1912 j°. Besluit van 27 november 2002, Stb. 575, dient men de daarvoor wettelijk verschuldigde vergoeding te voldoen aan de Stichting Reprorecht te Hoofddorp (Postbus 3060, 2130 KB).

# ANNE WORDT MEDISCH SPECIALIST

REDE

In verkorte vorm uitgesproken  
ter gelegenheid van het aanvaarden  
van het ambt van bijzonder hoogleraar met als  
leeropdracht 'inwendige geneeskunde met aandachtsgebied  
competentiegericht opleiding van specialisten'  
aan het Erasmus MC, faculteit van de  
Erasmus Universiteit Rotterdam  
op 8 mei 2009

door

PROF. DR. JAN VAN SAASE



*Mijnheer de Rector Magnificus,  
Mijnheer de voorzitter,  
Leden van het college van Bestuur van de Erasmus Universiteit,  
Mijnheer de Decaan,  
Mevrouw, Mijne Heren leden van de Raad van Bestuur van het Erasmus MC,  
Dames en heren van de afdeling interne geneeskunde,  
Artsen in opleiding tot medisch specialist,  
Zeer gewaardeerde familie en vrienden,  
Collega's binnen en buiten het Erasmus MC,  
Studenten en overige toehoorders,*

## **Inleiding**

**D**e mensen die mij gevraagd hebben om een beetje leuke oratie te houden moet ik teleurstellen, het opleiden van medisch specialisten is een ernstige zaak. Ik begin met 8 getallen om een context te schetsen, daarna hou ik het bij woorden.

In 2007 waren er 5715 specialisten in opleiding, waarvan 54% vrouwen, verdeeld over 782 opleidingen verdeeld over 141 opleidingsinrichtingen. In Nederland waren 18578 specialisten werkzaam. De overheid geeft jaarlijks ruim 800 miljoen euro uit aan specialisten opleidingen. Thoraxchirurg of klinisch geneticus kan je in slechts 10 ziekenhuizen worden, internist in 62 klinieken waarvan 8 academisch. Het is ook een ernstige zaak om opportunistische redenen, de mensen we nu opleiden moeten straks onze prostaat opereren en onze longontsteking behandelen.



In de komende 45 minuten (iets korter of langer) wil ik u meenemen naar een klein deel van een specialisten opleiding en u laten zien dat het nieuwe zogenoemd competentiegericht opleiden overzichtelijk zinvol en soms zelf eenvoudig in te voeren is. Eerst komt Anne aan bod, daarna zal ik enkele voordelen en tegenwerpingen van het moderne opleiden bespreken. Tenslotte wil ik met u nagaan hoe een specialist werkelijk wordt opgeleid en waar opleider en arts in opleiding tot specialist (AIO) zich kunnen onderscheiden. Aan het eind van een rede als deze moet iedereen worden bedankt en voorafgaand daaraan zal ik enkele suggesties doen waar de wereld als geheel en het Erasmus MC in het bijzonder beter van worden.

Ik begin met Anne. Een goed verhaal heeft een hoofdrolspeler die een karakterontwikkeling doormaakt, er zijn ook bijrollen, een plot en mogelijk een happy end.

## 2. Anne

**A**nne is een oudere jongeman van 28 jaar. Dat is niet onbelangrijk. Hij wist al vroeg dat hij dokter wilde worden, is de eerste keer ingeloot en heeft vlot gestudeerd.



Tijdens de studie heeft hij een Masters gedaan en besloot specialist te worden. De opleidingen zaten nogal vol en na vier jaar wetenschappelijk onderzoek, afgesloten met een proefschrift, heeft hij bij de interne geneeskunde een opleidingsplek gekregen. Hij heeft geen vriendin, is bovengemiddeld intelligent, maar wie is dat niet, verlegen en leer- en nieuwsgierig. Zijn interesse ligt bij de mainstream cultuur: Amy Winehouse en Arnon Grunberg. Anne kent Valery Gergiev en Kazuo Ishiguro niet maar heeft wel alle delen van *Pirates of the Cariben* gezien. Hij loopt op afgedragen bruine Van Bommel schoenen. Iedere gelijkennis met de werkelijkheid berust overigens op toeval.

Wij beginnen het verhaal aan het einde van het tweede jaar van zijn opleiding. Anne heeft nachtdienst gehad en begint de dag met het ochtendrapport. Altijd lastig als je aan 40 collega's moet uitleggen wat je gedaan hebt en waarom. Hij heeft die nacht twee patiënten gezien. Een jonge drugsverslaafde vrouw die geagiteerd en met pijn op de borst de spoedeisende hulp op stelten zet. Haar vriend, een onbetrouwbaar type, weinig coöperatief, meldt dat ze na een ruzie veel amfetamine pillen heeft genomen. De politie die patiënte gebracht heeft vraagt om een urine monster voor drugscreening. Het lijkt Anne een goed idee. De bloedsuitslagen zijn normaal. Met veel intraveneus diazepam wordt het weer rustig. Een IC arts moet over de streep getrokken worden voor een bewaakt bed. Het advies voor monitorbewaking op [www.toxicologie.org](http://www.toxicologie.org) helpt hierbij. Na afloop belt Anne met zijn achterwacht die hem afraad om de politie op gevraagde wijze behulpzaam te zijn.

De tweede patiënt is een zelfverwijzer. Een 73-jarig Aziatische man met pijn rechts boven in de buik en een aantal dagen buikpijn na het eten. De temperatuur is 38,5°C. Anne vermoedt een acute galblaasontsteking. Pijn rechts boven in de buik is in zijn ervaring vrijwel altijd een ontstoken galblaas. Het LDH is wat hoog maar dat is vaak zo bij patiënten op de spoedeisende hulp. Op de echo van een jaar eerder zijn al galstenen gezien. Hij twijfelt of hij de chirurg wakker zal bellen voor nader advies maar besluit augmentin/genta te geven en af te wachten. Later op de dag wordt patiënt met spoed geopereerd en is sprake van darmnecrose. Als hij die nacht de dienst uitgaat om een week te compenseren is er een goede kans dat hij van zijn onjuist interpretatie nooit meer iets hoort.

Tijdens het ochtendrapport moet hij behalve deze twee patiënten drie patiënten overdragen uit de avonddienst. Geneeskunde van horen zeggen. Aanvullende vragen van de opleider die het ochtendrapport voorziet kunnen niet goed beantwoord worden. De opleider heeft zelf nogal het een en ander aan te vullen en Anne vraagt zich af hoe hij dat toch allemaal weet. Een van andere internisten die zelf geen achterwacht had vult aan dat pijn op de borst bij amfetamine gebruik goed reageert op  $\beta$ -blokkers. Bij nazoeken blijkt dat het  $\alpha$ -blokkers moeten zijn en dat  $\beta$ -blokkers het beter doen bij cocaïne intoxicaties. Maar wie zoekt dat na?

Anne heeft geluk, hij is ook aan de beurt voor een Critical Appraisal of the Literature, in 7 minuten een beoordeling van de vakliteratuur over een actueel probleem. Hij had enige moeite om een zinvolle vraag te vinden maar in de wachtkamer van de tandarts had hij in de Libelle een advertentie gezien waar  $\beta$ -caroteen werd aanbevolen ter preventie van kanker. Nazoeken in de literatuur leert dat bij meer dan 100.000 mensen die deels wel en deels niet dit middel hebben genomen geen verschil wordt gezien behalve een hogere kans op longkanker als je  $\beta$ -caroteen gebruikt en iets minder kans op prostaatcancer, maar dat alleen bij mannen. De advertentie had beter in een mannenblad voor niet rokers kunnen staan. De onzin ligt op straat. Overigens is het zorgelijk dat in een online publicatie van de PNAS van 1 mei 2009 staat dat Spaanse en Duitse wetenschappers er in geslaagd zijn om transgene maïs te maken met een 169-voudige  $\beta$ -caroteen concentratie.

Het ochtendrapport loopt af met de aanmaning dat iedereen, inclusief stafleden, bij de refereerlunch worden verwacht.

Als we dit ochtendrapport op de dissectietafel van het moderne opleiden leggen kunnen we ons afvragen hoe goed Anne en zijn opleider het er afgebracht hebben ofwel welke competenties we na z'n nachtdienst met overdracht tegenkomen en hoe dat beoordeeld moet worden.

Ik moet het verhaal hier even onderbreken om iets over competenties te zeggen.



Het gaat in het nieuwe leren om competentie - voor wie het voor het eerst hoort niet om competitie, waar ook wel iets voor te zeggen is. Competenties zijn verworven eigenschappen en vaardigheden. Eigenschappen en vaardigheden die iemand tijdens de basisopleiding meekrijgt en verder moet ontwikkelen. Zo is goed communiceren of goed les kunnen geven of snel een juiste diagnose kunnen stellen een competentie. Karaktereigenschappen zijn geen competenties hoewel je er daar ook een paar van nodig hebt om een goede dokter te kunnen worden. Een ander karakter ontwikkel je overigens niet tijdens je opleiding.

Vanuit het perspectief van de patiënt is nagegaan welke eigenschappen een goede dokter moet hebben. Het lijkt eenvoudig: de patiënt wil een diagnose, zo mogelijk gevolgd door een behandeling. Alles in een rap tempo en in een sfeer van respect en omkleed met goede voorlichting en begeleiding. Enige jaren geleden zijn patiënten in Canada geïnterviewd over hun verwachtingen ten aanzien van hun arts. De eigenschappen waarover een goede dokter moet beschikken zijn onderverdeeld in 7 competentiegebieden elk onderverdeeld in 4 subcompetenties. Deze 7 gebieden zijn door het Centraal College Medisch Specialisten in Nederland overgenomen in een Kaderbesluit. Dit Kaderbesluit is goedgekeurd door de minister en daarmee wet geworden. Dit Kaderbesluit vormt de basis voor de modernisering van de specialistenopleidingen in Nederland.

Weten we met deze 7 competenties wat dé patiënt wil en wie is dé patiënt?

## De patiënt



De man die net gehoord heeft dat hij longkanker heeft? De uitgemergelde Afrikaanse aids patiënt die minder welkom is in Europa? De hypochonder bij wie de angst voor ziekte zelf ziekte is geworden?

Een patiënt met een meer of minder ernstig probleem zal vooral een dokter willen die met dat probleem vertrouwd is. Tijdens het proces van diagnostiek, behandeling en vervolg is het natuurlijk nodig dat die dokter zich een beetje als mens gedraagt.

ONDERWIJS

---

## TABEE LOMPERIKEN EN HORKEN

*Faculteit moet toetsing voor onprofessioneel gedrag verbeteren*

Medische faculteiten kunnen met de nieuwe Wet Hoger Onderwijs en Onderzoek studenten uitschrijven die zich structureel onprofessioneel gedragen. Geneeskundestudenten kunnen goed leven met deze stok achter de deur. Maar wel onder voorwaarden.

TERESA BUNIA  
BORRIS CUKY  
MARLENE MORGAN

**H**et laatste decennium is er in het medische onderwijs steeds meer aandacht voor professioneel gedrag van de student. Het gaat om de manier waarop de student omgaat met zijn of haar collega's, met de patiënt en met de maatschappij. Het gaat om de manier waarop de student omgaat met de wetenschap en met de maatschappij. Het gaat om de manier waarop de student omgaat met de maatschappij. Het gaat om de manier waarop de student omgaat met de maatschappij.



De patiënt zal uitleg willen over zijn probleem, mee willen beslissen, verlangt dat de arts zijn organisatie op orde heeft en adequaat samenwerkt met collega's waar dat nodig is. Andere competenties komen op de tweede plaats als je ziek bent. Onderzoek, wetenschap en maatschappelijk handelen zijn competenties die ook in dat rijtje staan maar meer des dokters zijn.

## ■ Medisch handelen

## ■ Samenwerking

## ■ Communicatie

## ■ Professionaliteit

## ■ Organiseren

## ■ Wetenschap

## ■ Maatschappelijk handelen

7 competenties (verschil voor dokter en patiënt)

Patiënt, aios en opleider hebben een eigen volgorde heeft bij de beoordeling van het belang van competenties.

### 3. Competenties in de praktijk

Terug naar het optreden van Anne tijdens het ochtendrapport.

**A**ls eerste zijn **medische kennis**. Het kaderbesluit zegt: de specialist bezit adequate kennis en vaardigheid naar de stand van het vakgebied. Bent u tevreden over Anne? Bezit hij adequate kennis en vaardigheid naar de stand van het vakgebied. De geagiteerde verslaafde met pijn op de borst is niet zo complex en vooral een management probleem. Anne heeft dit redelijk opgelost. Hij heeft waarschijnlijk geen complete parate kennis van overdosering van diverse drogerende middelen maar hij heeft het opgezocht en met de juiste mensen overlegd. Vragen als: om welk medicament gaat het? Is er een overdosis? Wat moeten we de informatie van de vriend? Wat is de beste strategie om bij deze patiënte in de buurt te komen? Is een interventie nodig of wachten we af? Zijn door zijn hoofd gegaan en voldoende uitgewerkt. Bij de tweede patiënt is hij onvoorzichtig geweest, hij heeft onvoldoende nagedacht over de oorzaak van de buikpijn en koorts en onterecht antibiotica gegeven. Waar Anne in het eerste jaar van de opleiding nogal eens terecht onzeker was is hij inmiddels onterecht zeker. Fasen waar alle aios doorheen gaan tot het moment waar zich een incident voordoet.

Een specialist moet veel weten en veel bijhouden. Medische kennis gaat sneller achteruit dan verse zeevis op de markt in de zon. Ecstasy en cocaïne waren geen issues toen ik in de Leiderdorpse polder werd opgeleid. Bijna alles wat ik van mijn opleiders heb geleerd op gebied van anamnese en lichamelijk onderzoek staat nog, de rest is geleidelijk veranderd. Het begint altijd met het verhaal. Soms komt het verhaal van de familie of een ambulancebroeder. Waarschijnlijk is de belangrijkste vaardigheid van artsen om de juiste vragen te stellen. Het vraagt om veel kennis van het ontstaan, de klinische presentatie en het beloop van ziekten. Maar je moet voor een goede anamnese ook nieuwsgierig zijn en over de grenzen van de gebruikelijke gespreksonderwerpen gaan. Je vraagt niet aan mensen die je voor het eerst ziet of ze onregelmatig menstrueren, regelmatig vreemd gaan, veel alcohol gebruiken of marihuana roken behalve als je dokter bent. Nieuwsgierig en soms vrijpostig, eigenschappen van goede dokters, geen te verwerven competenties.

Als voorbeeld geef ik u de doorvragende AIOS – Lennart Slobbe - die in een dienst een overplaatsing kreeg van elders. Een gele, bijna groene man voor beoordeling van een acute levertransplantatie. Er was geen oorzaak voor het leverfalen. Na simpele vragen veronderstelde Lennart dat de man de ziekte van Weil had, hij had recent in open water gezwommen. Je moet dan wel weten dat die ziekte bestaat, hoe de transmissie verloopt en wat de behandeling is. De levertransplantatie van meer dan 100.000 euro kon uitblijven en een penicilline kuur van 15 euro volstond. Kennis gecombineerd met nieuwsgierigheid.

De anamnese richt het lichamelijk onderzoek en het aanvullend onderzoek. De anamnese is bepalend voor de relatie met de patiënt en die relatie is bepalend voor het succes van de behandeling. Overtuigingskracht bepaalt therapie trouw, met name van belang voor levenslang medicatie gebruik. Foutief medicijngebruik na transplantaties is de belangrijkste oorzaak van transplantaat verlies op lange termijn, bij hoge bloeddruk haalt minder dan 40% uiteindelijk de streefwaarde van de richtlijnen met onnodige oversterfte als gevolg.

Het lichamelijk onderzoek valt onder de medische competentie en wordt nogal eens onderschat of afgedaan als onbetrouwbaar. Het zijn denk ik degenen die er de tijd niet voor nemen of het gewoon niet kunnen die deze mening het meest aanhangen. Voor alle specialismen blijft lichamelijk onderzoek de basis. De oogarts kan niet zonder spiegelen, een spleetlamp en een drukmeting, bij de beoordeling van een enkelletsel is fysische diagnostiek belangrijker dan de foto en bij de huidarts begint alles met kijken.

We hebben het nog steeds over de **competentie medische kennis**. Een competentie die nooit af is. Levenslang leren.

Evidence based medicine bestond in 1980 niet, veteranenziekte bestond niet, aids bestond niet en reumatoïde artritis was een ernstig invaliderende ziekte, niemand had nog van biologicals gehoord. Tijdens mijn eerste jaar in opleiding werd echografie geïntroduceerd. Een enorme aanwinst voor diagnostiek, door sommigen aanvankelijk afgewezen als betrof het de schaduwen op de muur in de grot van Plato. CT en MRI scans waren onbekend. Binnen een halve generatie kunnen we ons vak nu niet meer voorstellen zonder deze diagnostiek. Waarom noem ik dat hier? Niemand heeft mij expliciet onderwezen in het gebruik van deze beeldvorming. Het al dan niet juist aanvragen is verlopen met trial en error, fragmentarische nascholing en meer of minder feedback van radiologen. We moeten niet alleen leren maar ook leren hoe we kunnen blijven leren. Het staat in het kaderbesluit maar we weten nog niet precies hoe het moet.

We doen alsof een specialistenopleiding 6 jaar duurt. Ik heb tijdens mijn eerste zelfstandige periode als internist in het St Clara ziekenhuis nog minstens zoveel geleerd als tijdens mijn opleiding. En ondanks dat ik daar dacht dat ik het wel aardig op een rijtje had heeft zich dat bij de overstap naar het Erasmus MC nog een keer herhaald.

In de geneeskunde hanteren we het adagium *primum non nocere*, allereerst of in ieder geval geen schade toebrengen. Het werd gebruikt om aan te geven dat artsen zich terughoudend moeten opstellen als het voordeel van ingrijpen onbekend is maar zeker schade ontstaat. Het nieuwe gebruik van dit adagium zou moeten zijn dat we ons bij alles wat we doen afvragen of er onderzoek is dat laat zien of het beter kan. *Primum non nocere* wordt het verschil tussen wat we nu doen en hoe we het beter kunnen doen. Een andere manier om de patiënt niet tekort doen.

Ik dwaal af, we hadden het over Anne op het ochtendrapport.

Dan kom ik op de tweede en derde competentie: **communicatie**, nauw verwant met **samenwerking**. Het kaderbesluit zegt hierover o.a.: de specialist bouwt effectieve behandelrelaties met patiënten op; de specialist luistert goed en verkrijgt doelmatig relevante patiëntinformatie; de specialist overlegt doelmatig met collegae en andere zorgverleners. Het opbouwen van een effectieve behandelrelatie met een ontspoorde drugverslaafde valt niet mee, goed luisteren en doelmatig relevante patiënteninformatie verkrijgen is wel aan de orde, waarschijnlijk meer nog dan bij ongestoorde mensen. Of Anne dat goed gedaan heeft weten we niet, dat vraagt om directe observatie en in het moderne opleiden noemen we dat dan een korte klinische of korte praktijkbeoordeling. Een nuttig instrument.

**Samenwerking** kan beter. Overleg met een chirurg bij de tweede patiënt had tot betere, snellere resultaten kunnen leiden. Met de intensive care arts is bij de eerste patiënt wel de juiste afspraak gemaakt. Spoedeisende hulp vraagt om continue alertheid en improvisatie. Al eerder noemde ik *nieuwsgierigheid en vrijpostigheid*. Nu moet de specialist ook nog improviseren. Het aantal vaardigheden buiten de competenties neemt toe.

De vierde competentie is **kennis en wetenschap**. De specialist bevordert de deskundigheid van studenten, agio's, collegae, patiënten en andere betrokkenen bij de gezondheidszorg. In de avonddienst liep nog een co-assistent mee. Tussen 23.00u en 8.00u mogen artsen in opleiding niet worden geschoold. Anne heeft zijn onderwijskundige vaardigheden niet kunnen tonen. Een ander onderdeel van deze competentie is het kritisch beschouwen van medische informatie en de geneeskunde waar mogelijk volgens *evidence based* richtlijnen uitoefenen. Anne had al promotie onderzoek gedaan, voor de wetenschap is hij geschoold. De vertaalslag van de wetenschap naar het bed is geen automatische. Ook de zeergeleerde aios heeft vaak moeite om de uitkomst van onderzoek te vertalen naar zorg voor de individuele patiënt. Zonder weten is er geen kunnen maar meer weten is nog niet altijd beter kunnen.

Als vijfde is het **maatschappelijk handelen** aan de orde. Hierbij is opgenomen dat Anne handelt volgens de relevante wettelijke bepalingen en adequaat optreedt bij incidenten in de zorg. Met de politieagent heb ik hem een foutje laten maken maar is hopelijk is hij op tijd teruggefloten door de achterwacht. De specialist moet adequaat optreden bij incidenten in de zorg. Vannacht geen onverwachte reanimatie maar er komen nog vele dagen, avonden en nachten. Een agressieve junk tot rust brengen en zorgen dat er geen gevaar ontstaat voor andere medewerkers kan als incident preventie worden benoemd.

Op zes staat **organisatie**. Hier wordt onder andere verwacht dat Anne de informatietechnologie voor optimale patiëntenzorg en voor bij- en nascholing gebruikt

en dat hij het werk organiseert naar een balans in patiëntenzorg en persoonlijke ontwikkeling. Er zijn inmiddels bijna volledig digitale ziekenhuizen, alleen de brieven van de deurwaarder zijn nog op papier. Het elektronisch patiëntendossier biedt vele voordelen, de status is nooit meer zoek. En met de digitale radiologie opslag is de foto ook nooit meer zoek. De medische gemeenschap moet er nog wel mee leren omgaan o.a. waar het gaat om de afwegingen. Net als met een portfolio moet het EPD meer zijn dan een losse verzameling gegevens. De papieren status kenmerkte zich door samenvattingen, probleemformuleringen en differentiaal diagnoses. Een nog onderschat deel van het elektronisch dossier en een uitdaging voor de nabije toekomst. De landelijke invoering van het elektronisch medicatie dossier maakt pijnlijk duidelijk hoever concepten en werkelijkheid soms van elkaar staan. De dokter kijkt het beeldscherm recht in het oog en verliest oogcontact met de patiënt. Voorheen zat hij alleen maar in de papieren te bladeren zult u zeggen, is ook waar. Nog een reden voor directe observatie en feedback van zowel de aios als de opleider.

Google, UpToDate, PubMed direct doorgeschakeld naar de originele artikelen en online handboeken bieden een ongekende permanent beschikbare kennis achtergrond. In Pubmed worden elke minuut 2 publicaties toegevoegd. Waar in de competenties staat dat de specialist de informatietechnologie dient te gebruiken voor adequate bij en nascholing ontbreekt nog geen goed systeem om de kennisgroei bij te benen.

De laatste competentie is **professionaliteit**. Hierover zegt het kaderbesluit onder andere: 'de specialist kent de grenzen van de eigen competentie en handelt daar binnen' en 'de specialist levert hoogstaande patiëntenzorg op integere, oprechte en betrokken wijze'. Deze competentie vraagt het meest om gesprek tussen opleider en supervisor. We stelden al vast dat Anne soms onterecht zeker was en we zagen dat ook supervisors en wel eens naast zitten. De grenzen van je eigen vermogen juist inschatten en daar binnen blijven is een toenemend probleem. Sommigen van ons overschatten zichzelf en doen teveel, anderen, onzeker, roepen hulp in bij elk probleem en maken de zorg onoverzichtelijk voor de patiënt. Op dit grensvlak speelt de discussie tussen de generalist of de superspecialist. De breedte of de diepte? Een discussie die ik vandaag oversla.

## 4. Beschouwing

U ziet één nachtdienst en één ochtendrapport en alle 7 vaardigheden waar artsen over dienen te beschikken zijn aan de orde. Ze kunnen deels beoordeeld worden en komen voor directe feedback in aanmerking. Is opleiden feedback geven? Voor een belangrijk deel wel. David Stern schreef in het *New England Journal of Medicine* in 2006 dat drie zaken van belang zijn bij het opleiden van goede professionals: *helder maken waar aan voldaan moet worden, voldoende ervaringsmogelijkheden aanbieden en het resultaat evalueren*. Met de nieuwe opleidingsplannen maken we voldoende helder waar aan voldaan moet worden. Voor de interne geneeskunde beschreven in een kleine 300 pagina's. Aan onderwijs bieden we in 6 jaar onder ander het volgende aan:

- 1200 ochtendrapporten
- 240 patiëntendemonstraties
- 240 grote visites
- 200 refereerlunches
- 150 chirurgische overdrachten
- 150 pathologie besprekingen
- 40 dagdelen regionaal onderwijs
- 6 internistendagen
- 4 landelijke onderwijs (coig) dagen
- 2 formatieve kennistoetsen
- 1 internationaal congres

Daarnaast worden de 6 jaar ingevuld met een combinatie van verplicht en keuzestages en een groot aantal onderwerpen die als theoretisch onderwijs worden onderwezen. Het aanbod is in orde.

De feedback tenslotte is een belangrijk deel van de evaluatie.

Het competentiegericht opleiden is geen probleem als je competenties in Halledaagse situaties weet te herkennen, benoemen en beoordelen. De kunst is om te combineren met de regels van Stern: voldoende duidelijk, voldoende aanbod en voldoende evaluatie of feedback.

Een paar hindernissen zijn er natuurlijk wel. Ook een goede kok kan van een kip geen kalkoen maken. Wat er niet inzit komt er ook niet uit en is er maar zelden in te brengen. Het begint allemaal door de juiste mensen aan te nemen. Van nature leergierig, in staat tot zelfreflexie, tot nadenken over hun eigen kunnen en tekortkomingen en bereid om hard te werken.

Het gaat in het nieuwe opleiden niet alleen om de aios. Opleiders zullen geschoold moeten worden in voortgangsgesprekken, korte klinische beoordelingen en aanbieden

van kennis in een context. Aios worden nog meer verantwoordelijk voor hun eigen ontwikkeling en zullen om beoordelingen moeten vragen waar die uitblijven.

Voorstanders geven aan dat het nieuwe opleiden gebaseerd is op gezond verstand en onontkoombaar in de moderne tijd met alles wat er van specialisten gevraagd en verwacht wordt. De regelmatige lezers van uitspraken van het medisch tuchtcollege of de kijkers van medische missers zal opgevallen dat veel problemen het gevolg zijn van onvoldoende communicatie.

Critici van competentiegericht opleiden menen dat het allemaal te soft wordt en dat er slechts sprake is van ideologische kitsch. De deskundigheid van medisch specialisten wordt bedreigd door verschuiving van de aandacht van **de inhoud** naar **de wijze waarop**. Je kan je tijd maar een keer besteden en dat kan je beter doen aan bed, in de spreekkamer of aan de operatietafel dan in een klasje van een ethicus of rechtsgeleerde. Uiteindelijk gaat het om 'hard core kennis en vaardigheden'. Beoordelingen zijn er voldoende en niet voor alles wat we elkaar vertellen behoeft een papertje in een dossier. Van de problemen die worden aangegeven staat op de voorgrond dat het veel tijd en administratie kost en dat het ten koste van andere opleidingsmomenten gaat.

Critici bieden als alternatief een continuering van het meester-gezel model (engels *apprenticeship* [Brooks]). Diagnosticeren en behandelen van patiënten onder supervisie van een ervaren supervisor. Dan is onmiddellijk de vraag wie die supervisor is, waar die aan moet voldoen. Een bruikbare definitie van een goede opleider heb ik er niet gevonden. Het is veelal de optelsom van authenticiteit, missie, identiteit, overtuiging, uitstraling, kennis, aanwezigheid en beschikbaarheid en gedrevenheid.



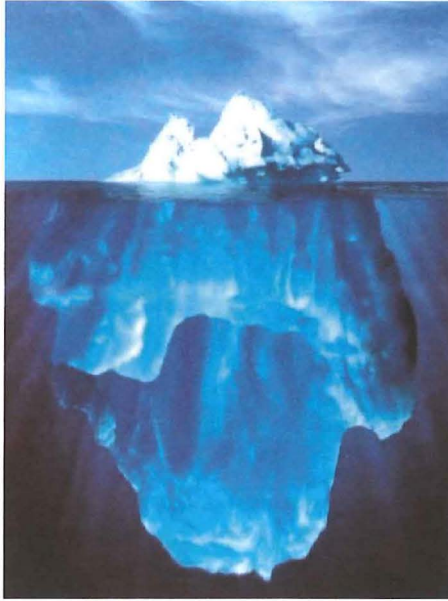


## Competenties van de opleider

Als de opleider de maat genomen wordt in termen van competenties dan wordt het zoals op deze dia van Schouten en Nelissen (Dia) voor managers in het bedrijfsleven. Centraal staat coachen met daaromheen van alles, van conflictbeheersing tot gespreksvaardig en innovatief.

Als we zelf terugdenken aan wie we een goede opleider of leraar vonden kunnen we iemand bedenken maar het benoemen van zijn of haar de eigenschappen wordt al veel lastiger. Betrokkenheid bij studenten, boven de stof staan en voor artsen iemand die de belangen van patiëntenzorg boven eigenbelang stelt.

Daarmee belanden we automatisch in de rolmodel discussie. Het rolmodel is enerzijds onvermijdelijk – we imiteren niet alleen handelingen maar ook gedrag en uitspraken. Elisabeth Paice betoogt in het BMJ dat niet alle senior artsen de juiste attitude hebben, soms zelfs onethisch gedrag vertonen en daardoor verwarring stichten. Professioneel gedrag en ethische kwesties zouden in groepsdiscussies moeten worden onderwezen met inbreng van mensen van buiten de geneeskunde en getrainde mentoren. Impliciet aan het rolmodel is het verborgen curriculum, het *hidden curriculum*. Het is zoals een ijsberg. Het is het geheel van normen en waarden gewoonten en gebruiken die artsen en specialisten in opleiding automatisch overnemen van elkaar. Veel daarvan is onbedoeld.



Het onderwater deel van de opleiding vraagt om alertheid van zowel aios als opleider. Hier gaat het onbedoeld makkelijk fout. Het alledaags irriterend taalgebruik op het rapport is een voorbeeld: vieze urine (urine is altijd vies), een beginnend trombosebeen (wanneer begint dat dan), een bejaarde patiënt is al snel een oude baas en als een co-assistent zegt dat een patiënt aan het infuus geslingerd is, van wie heeft de co-assistent dat en is de patiënt of het infuus geslingerd. Ook denkbeelden over ethische problemen zijn vaak meer impliciet dan expliciet. "Zo doen wij dat hier nu eenmaal".

## 5. Terug naar de competenties

**B**ij het wegen van de voor en nadelen behoort ik tot het kamp van de kool en de geit. Het concept heeft belangrijke voordelen. Er wordt een objectieve inhoudelijke beschrijving van opleidingsactiviteiten en opleidingsinhoud gegeven en hoe dat getoetst dient te worden. De aios wordt naast medisch inhoudelijk ook sociaal maatschappelijk, organisatorisch en wetenschappelijk geschoold. We voorkomen dat we specialisten afleveren met het karakter van dr House, maar we zien er op toe dat hij medisch inhoudelijk wel minstens zo goed wordt. Regelmatig horen wat je goed doet maar vooral ook wat je kan verbeteren is een grote aanwinst voor de opleiding van specialisten, het vasthouden van deze gewoonte, ook als we in maatschappen of vakgroepen zitten zou veel narigheid kunnen voorkomen.

De belangrijkste bestaansreden van een specialist is de deskundigheid om ziekten te diagnosticeren en waar mogelijk te behandelen. Ons eenvoudig ochtendrapport heeft wel laten zien dat er meer nodig is. Het succes van het medisch handelen en de tevredenheid van de patiënt hangt mede af van die andere kwaliteiten. De nieuwe curricula bieden kansen om die andere kwaliteiten gestructureerd aan bod te laten komen. Zoals gezegd begint het met het aannemen van de juiste mensen. En geen enkel curriculum zal van iemand met het karakter van een geconstipeerde azijnpisser ooit een goed communicerende specialist maken. Wat we uiteindelijk wel kunnen bereiken staat nog open, er is geen onderzoek op harde eindpunten.

Nog een klein stukje over evaluatie van de aios. Feedback.

### Wat is feedback eigenlijk?

De essentie is het **verstrekken van specifieke informatie over het waargenomen gedrag en dit afzetten tegen een standaard met het doel dit gedrag te verbeteren.**

Dit veronderstelt een observator is die het gedrag juist kan observeren en op de juiste manier aan de aios kan uitleggen wat er goed gaat en wat er beter kan zodat hij zijn gedrag kan verbeteren in de richting van de standaard. Bij feedback is de opleider dus minstens zo interessant als de aios.



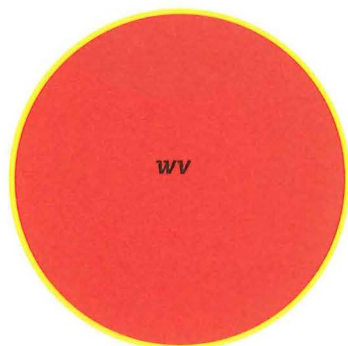
Ziet hij het goed? Is er een standaard? Kan hij voldoende duidelijk maken waar het aan schort?

Feedback geven is geen aangeboren eigenschap en de meesten van ons hebben baat bij een beetje of veel hulp, moeten dat oefenen. De formulieren die we invullen over aios vermelden meestal 'goed' of 'bovengemiddeld' en een enkele keer 'voldoende'. Dan is het meestal ernstig. Je vraagt je af wie daar wat aan heeft.

## 6. Cirkels

Het verhaal van het centraal college en de competenties en het opleidingsplan van de wetenschappelijke vereniging en de portfolio's lijken de opleiding dicht te timmeren en opleiders te reduceren tot uitvoerders. Ik hoop u te kunnen laten zien dat er voldoende ruimte overblijft en dat ieder – aios en opleider – de eigen opleiding kan en moet maken. Ik simplificeer door het in drie stukken weer te geven, symbolisch als cirkels. Het eerste stuk, cirkel 1 is het opleidingsplan van de wetenschappelijke vereniging (rood).

---



---

Alle verplichtingen van de Wetenschappelijke Vereniging

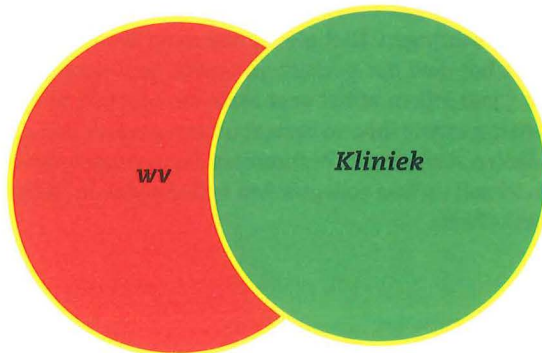
Deze cirkel bevat alle voorgeschreven opleidingsmomenten, de stages, besprekingen, verrichtingen en verplichtingen. Niet alleen wat moet worden geleerd, deels ook hoe dat moet. Dit is ook het deel dat gevisiteerd wordt. Een commissie van vakbroeders komt een keer per 5 jaar kijken of het gaat zoals het moet. Er wordt sterk op de vorm beoordeeld. De toetsing van de inhoud bestaat uit een gesprek met de aios die aangeven wat ze er van vinden en stafleden en bestuurders die overlopen van enthousiasme over de prestaties van zichzelf en hun collega's. Een systeem dat de laatste 25 jaar overigens redelijk goed gewerkt heeft.



---

Opleidingsprogramma van de kliniek

Cirkel 2 (groen) is het programma aangeboden door het opleidingsteam. Dit is niet noodzakelijkerwijs hetzelfde als cirkel 1. Zelfs als de volledige inhoud van cirkel 1 wordt aangeboden zal het programma inhoudelijk tussen ziekenhuizen sterk verschillen. Een bespreking met een enthousiaste klinisch patholoog die de mogelijkheden van zijn vak uitdraagt versus een klinisch patholoog die routinematig verslag doet beperkt tot conclusies zal effect hebben op de kennis **van** en waarde **die** toekomstig specialisten hechten aan pathologisch onderzoek. Zo gaat het in de volle breedte van de opleiding. **Enthousiasme en deskundigheid van opleiders zijn uiteindelijk bepalend.**

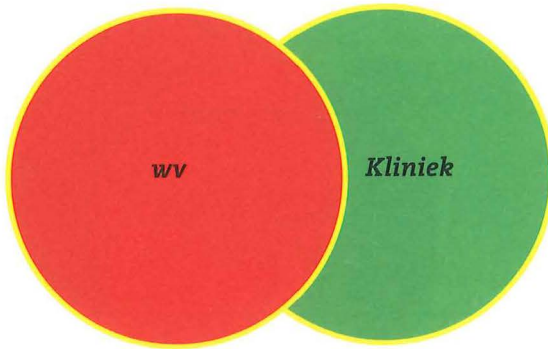


---

Verschillen WV en kliniek

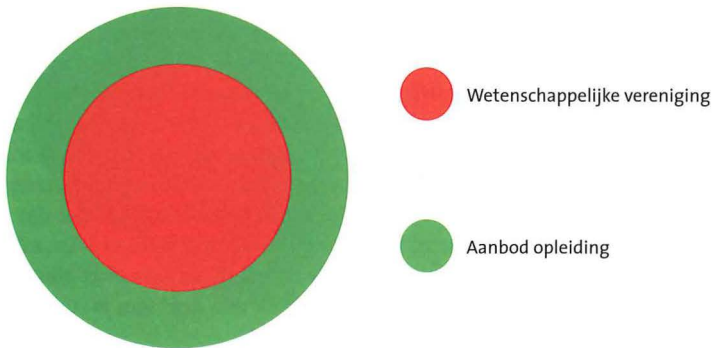
In deze dia is de rode rand het opleidingsdeel wat door de wetenschappelijke vereniging wordt voorgeschreven maar niet aangeboden. Bij visitaties leidt dit tot voorwaarden en zwaarwegende adviezen en als er te veel rood is tot beëindiging van de opleiding.

Naast de verplichte opleidingsmomenten hebben veel opleidingen extra activiteiten. In deze dia is dat de groene rand.



Verschillen WV en kliniek

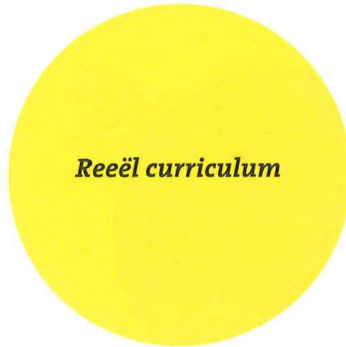
Goede opleidingen maken hun groene deel groter dan het rode deel of laten het rood er geheel invallen. Er is dan op dit punt geen probleem met de visitatie.



Verplichtingen WV en aanbod opleiding

Het is nuttig om na te gaan wat die extra's zijn omdat opleidingen zich hier kunnen onderscheiden. Opleiders doen er goed aan om met hun aios afspraken te maken over de extra's. De kracht en de aantrekkingskracht van een opleiding wordt veelal bepaald door deze extra's en de personen die het uitvoeren. Als je als opleider geen groene rand hebt ben je waarschijnlijk een zesjesopleider.

---



---

Wat de aios werkelijk verwerft

Tenslotte is er een derde cirkel te tekenen waarin is weergegeven wat een aios daadwerkelijk doet en op welke wijze hij dat doet. Deze laatste en derde cirkel is het meest complex omdat hier eigenlijk alles plaatsvindt wat van een basisarts een specialist maakt. De opleiders hebben daar slechts beperkte invloed op.

Anne zal deelnemen aan het officiële curriculum, het deel dat lokaal en het deel dat landelijk wordt aangeboden. Hij zal ook een deel laten liggen. Hij zal niet alle keuzestages doen. Hij leert daarnaast veel buiten het onderwijs om. Beademen leer je op de intensive care pas echt van de mensen die dat dagelijks doen en niet uit een boekje, ik heb leren antistollen van de hoofdzuster van mijn eerste interne afdeling, dialyseren leer je deels van dialyseverpleging. Veel aios zoeken meer dan wordt aangeboden, nemen bestuurlijke taken op zich, sommigen regelen zelf al financiële middelen om nog een aantal jaren universitair door te werken. Daarnaast komen normen, waarden, zeden en gebruiken in de opleiding van alle kanten. Vaak zonder dat dat expliciet is. Veel hoor je van je collega's, waar of niet waar. De cultuur van het huis, alles bij elkaar de al eerder genoemde ijsberg. Ook hier kunnen we de cirkels over elkaar heen laten vallen. De aios doet een deel van de verplichtingen, een deel van wat de opleiding nog meer te bieden heeft en een stuk dat hij zelf opzoekt.



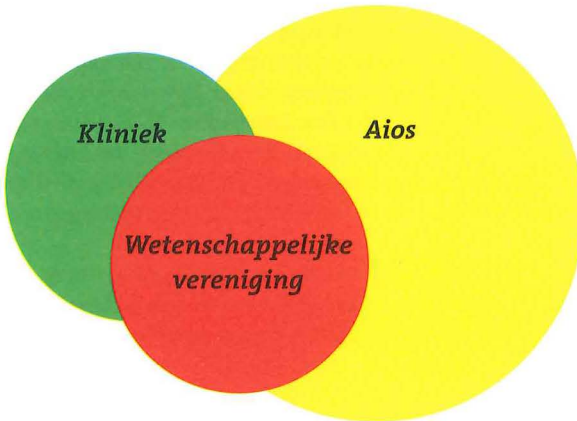
Niet nieuw maar wel meer prominent in het moderne leren is dat Anne een deel van zijn eigen opleiding moet organiseren. Hij heeft dat al gedaan door te beginnen met een aantal jaren onderzoek. Tijdens de opleiding kan hij besluiten om wel of niet naar bijeenkomsten en scholing te gaan en daar wel of niet actief bij betrokken te zijn. Actieve deelname aan onderwijs is bepalend voor de opbrengst. Een enkele collega ziet het ochtendrapport als een verlenging van de nachtrust.

---



---

Verschillen WV en kliniek



---

De actieve aios organiseert zijn eigen opleiding

Mijn voorkeur gaat uit naar aios die het nut zien van rood, gebruik maken van groen en erg veel geel organiseren. Rood alleen staat voor een zesjescultuur. Veel groen maakt iemand erg Rotterdams of Leids of Utrechts. Dat kan een voordeel zijn. De echt succesvolle toekomstige specialist maakt gebruik van het aanbod van rood en groen en trekt vervolgens een eigen plan. En dan kom ik graag nog even terug op het feit dat Anne 28 jaar oud en gepromoveerd en al arts is als hij aan de opleiding begint. Niet meer iemand om het karakter te veranderen, wel mogelijkheden om te stimuleren vanuit duidelijke richtlijnen en heldere afspraken over wederzijdse verantwoordelijkheden.

## 7 Samenvatting

**A**nne heeft u laten zien dat een ochtendrapport na een nachtdienst met slechts twee, bijna alledaagse patiënten een beroep doet op zeer veel eigenschappen naast een gedegen medische kennis. Dat is niet nieuw, voor onze voorgangers en de huidige generatie specialisten was dat net zo. Anders is dat de opleiding nu expliciet aandacht aan die andere eigenschappen besteedt en dat opleiders naar vermogen moeten proberen om het hele palet in de opleiding onder te brengen, te toetsen en op geleide van resultaten bij te sturen. Waar dat vermogen te gering is moeten opleiders zelf worden geschoold.

Veel kan beter met behoud van oude fundamenteën. Leren op de werkplek zal centraal blijven staan. Fouten blijven benoemd als fouten maar nu meer dan voorheen aangevuld met aanwijzingen voor verbetering. Bij opleiden oude stijl als ik het zo noemen mag, leek het voldoende om mee te lopen en de opleider te imiteren, als je genoeg met een supervisor meeloopt komt het wel in orde. Maar als die opleider een super-visie mist kan het zomaar dat ook de leerling zonder visie eindigde.

Een grote mate van zelfstandigheid van de aios is een vereiste. Een kritische beschouwing van de literatuur zoals over de  $\beta$ -caroteen is niet bedoeld om eenmalig een vraag op te lossen maar om structureel bij elke vraag waar de specialist geen antwoord op heeft te zoeken naar het best beschikbare antwoord met een systematiek die de hoogste kans op dat antwoord biedt, als dat antwoord er is. Het willen weten moet in het systeem van aios en specialist altijd aanstaan.

Het wegvallen van structuur en strakke begeleiding leidde op middelbare scholen tot protesten van leraren die hun taken niet meer begrepen en leerlingen die vonden dat ze te weinig lerden. De vakkennis bleek door de andere competenties dermate naar de achtergrond gedrongen dat leerlingen aan het eind van hun opleiding geen vak meer geleerd hadden. Ze konden wel samenwerken, organiseren en goed opzoeken maar met weinig eigen inhoud. Waar bedoeld was om kennis te verwerven in een context is alleen de lege context verworven zonder kennis. Specialist in opleiding worden geselecteerd op leergierigheid en hun vermogen tot zelfreflectie. Met name daardoor maakt competentiegericht opleiden in deze groep vermoedelijk wel een goede kans.

Of het kan en gaat werken hopen we de komende jaren na te gaan. Met Professor Henk Schmidt, Professor Remy Rikers, Silvia Mamede en Kees van den Berge zullen we nagaan hoe specialisten eenvoudige en complexe problemen oplossen en hoe ze dat het best kunnen leren.

Nadeel is veel extra administratie en een belangrijke wijziging in de manier van het opleiden met een onzekere uitkomst. Tegelijkertijd worden nog een aantal wijzigingen rond de specialistenopleiding ingevoerd. Ook deze zijn omgeven met veel administratie.

Ik noem de ongemakken van het opleidingsfonds waar bureaucratie haar onhebbelijke eigenschap demonstreert om geen rekening te houden met belangen van het individu.

**H**oe gaat het verder met Anne. Hij heeft nog twee problemen. Omdat hij een jaar korting op de opleiding heeft vanwege het schrijven van een proefschrift is hij na 5 jaar door zijn opleider bevoegd en bekwaam geacht om zelfstandig het vak van medisch specialist uit te oefenen. Hij moet zijn aandachtsgebied, zeg maar subspecialisatie nog afmaken en daar is geen geld voor. Hij zou het jaar korting kunnen inleveren. Echter, dat wil de medisch specialisten registratie commissie niet, gestraft voor het schrijven van een proefschrift.

Hij heeft nog een tweede probleem. Hijzelf en zijn afdelingshoofd willen voor hem een academische carrière. Zijn collega's die zojuist hun opleiding hebben afgemaakt gaan naar nabijgelegen ziekenhuizen en krijgen een salaris dat ruim het dubbele is van zijn academische toezegging en dat ook nog voor 4 dagen werken. Het beginpunt van hun perifere carrière is weliswaar tevens het eindpunt maar in de academie zal het nog tenminste 10 jaar duren voordat de volgende stap gezet kan worden. Zijn collega's mogen met de auto naar het werk komen, er is een ander soort waardering voor hun positie in het ziekenhuis.

Anne heeft gevraagd om het te verduidelijken met de volgende metafoor: het geweldig om voor een topclub te mogen voetballen maar als het salaris daar de helft is van dat van FC Milieu Interieur omdat het bij de topclub verder zo geweldig is, dan voorziet hij dat FC Milieu Interieur en de topclub op termijn van positie in de ranglijsten zullen wisselen. Daar zijn al voorbeelden van.



Het is niet mijn intentie om het over inkomens te hebben, daar hebben we Nova en Pauw en Witteman voor, wel wil ik aandacht vragen voor de concurrentie positie van de academisch medisch specialist en de mogelijkheden om goede dokters, wetenschappers en docenten te behouden. Oplossingen kunnen gevonden worden waar voorheen sprake was van academische vrijheid. Overigens kiest Anne voorlopig voor de academie. Het loopt dus toch nog goed af.

Een aantal punten heb ik niet met u besproken. Aan de hand van deze watervogels wil ik u nog meegeven dat (dia) je:



af en toe over je schouder moet kijken,



dat je niet te veel aios moet willen hebben,



dat er genoeg ruimte moet zijn,



dat de aios geen grotere stappen moet maken dan hij aankan,



dat de juiste begeleider nodig is, een kip  
kan een eend niet leren zwemmen,



en dat het ook gewoon een beetje  
gezellig moet zijn in de opleiding.

## 8. Dankwoord

Ik spreek mijn dank uit aan velen, die mij het vak van internist bijbrachten. Wie ik niet noem heeft mogelijk niet bijgedragen. Allereerst Wim van Amstel. Hij zag een toekomstig internist in de boerenzoon uit Hazerswoude. Martin Boekhout die ons leerde balanceren op de dunne lijn van humor en respect. Peter Rosenkrans die vereist dat arts-assistenten hun patiënten en hun problemen kennen en zelfs boos kon worden als dat niet op orde was. Jan-Karel van de Vijver en Robert Kaufman die in hun opleiderschap een juist evenwicht aanbrachten tussen vrijheid en controle op een moment dat ik wat verder gevorderd was in de opleiding.

De hooggeleerde Edo Meinders exponent van het belang van anamnese en lichamelijk onderzoek. Professor Nol Cats, professor Jan Bolk, professor Bob van Es en Fokko van der Woude, een aantal van de stafleden uit het Academisch Ziekenhuis Leiden die mijn opleiding compleet maakten. Professor Hans Valkenburg, mijn promotor maakte mij enthousiast voor onderzoek en de epidemiologie.

Met Bert van Hemert, Frits Roosendaal en Mieke Hazes, allen hooggeleerd, besloten we bij toerbeurt bij een van ons thuis basale handboeken epidemiologie door te nemen, waar vind je dat nog. Onder niet te evenaren leiding van professor Vandenbroucke kon deze groep vervolgens zelf een cursus epidemiologie opzetten met Schiermonnikoog als locatie. Inmiddels zijn hele generaties daar geschoold in de methodologie.

In het St Clara Ziekenhuis ben ik definitief internist geworden. Overdreven all round met een endoscopieprogramma, supervisie over 15 bedden, een grote dialyse afdeling samen met Pieter Kramer, een nierziekte en algemeen intern spreekuur, een consultafdeling en een IC met 9 beademingsbedden samen met Albert Grootendorst. De maatschap is overigens een constructie die goed is voor zowel saamhorigheid en productiviteit.

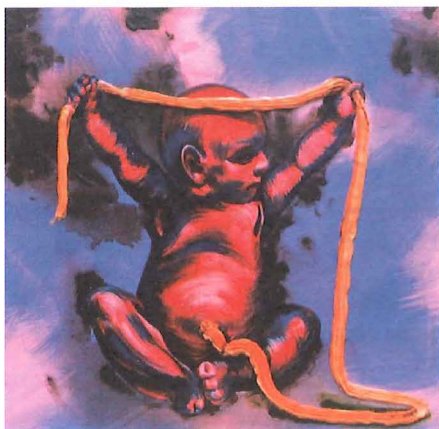
Binnen het Erasmus MC dank ik allereerst de aios die zich door mij willen laten opleiden. Ze hebben niet veel keus. Inmiddels zijn er 52 die hun laatste handtekening van mij hebben gekregen.

Gysele Groenewoud	Anne van der Geest-Peerdeman
Adrienne Zandbergen	Anke Wijbenga
Mario Rasica	Ellen Gokkel
Christina Jonckheere	Ingo Eland
Marcel van de Berge	Hilde de Geus
Wim Rüger	Metin Tascilar
Jelle Epker	Isfaq Ahmad
Joanneke Kuppens -de Borst	Marcia Kho
Robbert Nette	Aad de Vos
Ilse van Steijn	Aart Paul Hamberg

Mario Korte  
Sebastiaan Neggers  
Esther Jansen  
Noortje Rabelink  
Roos van Rijn  
Rosalie Kiewiet  
Zana Tempels-Pavlica  
Astrid Oosten  
Suba Thevarayan  
Edwin van Breugel  
Joan Heijns  
Joris Vergragt  
Ali Alwani  
Roeland Schop  
Annebel Govers  
Hannelore Bax  
Winnie Markito  
Maaïke Muller  
Robin Peeters  
Nienke Bolk

Joke van der Linde  
Ram Soekhoe  
Cathy Simon  
Liesbeth Hak  
Marjan Davidis-Schoonhoven  
Ron Mathijssen  
Simone Ennecker-Jans  
Liesbeth de Ruiter  
Marianne Mendonca de Melo  
Nuray Kusadasi  
Monique Santoe  
Mark Durian  
Bart Rövekamp  
Rosemarijn van Bruchem –Visser  
Anouk Broers  
Danielle de Jong  
Mariette Kappers  
Monika van Zonneveld  
Anna Schut

Het is niet zonder reden dat ik een stenen variant van dit schilderij van Ge-Karel van der Sterren ([www.gekarel.com](http://www.gekarel.com)) geef aan internisten die klaar zijn met hun opleiding. De navelstreng is door maar er zijn nog wel degelijk groeikansen.

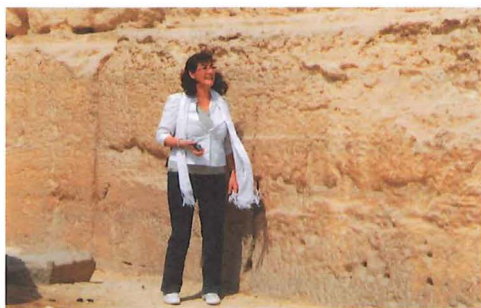




Dank aan het Trustfonds voor het in mij gestelde vertrouwen. De Raad van Bestuur heeft in het strategisch plan (Koers 013) voor de komende jaren met veel nadruk opleiding en onderwijs opgenomen en deze positie als hoogleraar met onderwijs als leeropdracht is daar een uiting van. Ik dank in het bijzonder de decaan, Huib Pols voor deze benoeming. Opleiden is geen eenmansbedrijf, de mensen die mij daarbij in het bijzonder steunen zijn Paul van Daele, een onmisbare plaatsvervangend opleider; de medisch coördinatoren Madelon van Agteren, Ate van de Gaast, Rosemarijn van Bruchem-Visser en Paula van Biezen en de 9 opleiders in de aandachtsgebieden in het bijzonder Bob Zietse die het milieu interieur in brede zin vertegenwoordigt en Rob de Man die de MDL voldoende plaats in de interne opleiding wil geven. Thea Brosky dank ik omdat zij zowel mij als de opleiding secretariael op orde houdt. In het bijzonder gaat mijn dank uit naar de hooggeleerde Kuipers. Beste Ernst met enige argwaan keken we naar jou op de positie van clusterhoofd. Inmiddels heb je dat argwaan gelogenstraft. Gelukkig komt af en toe de internist in je boven en op een van die momenten meende je dat de internistenopleiding in het beste academisch ziekenhuis van Nederland niet zonder hoogleraar verder kon. Een wijs besluit.

Mijn vader is er niet meer, hij zou dit jaar 100 zijn geworden. Een hardwerkende katholieke veehouder. Een aimabel mens. Een werkweek van zeven dagen. Hij heeft zijn kinderen alle mogelijkheden gegeven. Mijn moeder kan er vandaag gelukkig bij zijn. Ma zonder jou zou het niets geworden zijn. Altijd vol zorgen en belangstelling, tot en met de waxinelichtjes bij het Mariabeeld als ik tentamen moest doen.

Het leven zou minder leuk zijn zonder kinderen en kleinkinderen, maar mijn leven zou leeg zijn zonder Marisol. Jij bent de basis en de top van de pyramide. Met jou wil ik oud worden. Je bent mijn magistrale stralende zon!



Ik heb gezegd.



## 9. Referenties

- Piet Vroon. Wolfklem. De evolutie van het menselijk gedrag. AMBO 1992 pag. 384
- Ayaan Hischi Ali. Tekst bij de opening van het academisch jaar UvA 2005-2006.
- Kaderbesluit Centraal College Medisch Specialisten, 9 februari 2004
- Reilly BM. Physical examination in the care of medical inpatients: an observational study. *Lancet* 2003; 362: 1100-05
- Osterberg LA, Blaschke T. Adherence to Medication. *N Engl J Med* 2005;353:487-97
- Brooks MA. Medical education and the tyranny of competency. *Perspectives in Biology and Medicine* 2009;52:90-102
- Muszbek N, Brixner D, Benedict A, Keskinaslan A, Khan ZM. The economic consequences of noncompliance in cardiovascular disease and related conditions: a literature review. *Int J Clin Pract.* 2008; 62(2): 338-351.
- Huddle TS, Heudebert GR. Internal Medicine Training in the 21st Century. *Acad Med.* 2008; 83:910-915.
- DeVita MA. Simulation and the Prognosis for the Apprenticeship Model of Health Care Education. *J Intensive Care Med* 2007; 22; 310
- Pratt DD, Arseneau R, Collins JB. Reconsidering "Good Teaching" Across the Continuum of Medical Education *J Cont Educ Health Prof.* 2001; 21:70-81
- Hafferty FW, Franks R. The Hidden curriculum, ethics teaching, and the structure of medical education. *Acad Med* 1994;69:861-71
- Van de Ridder JMM, Stokking KM, McCaghie WC, ten Cate OTHJ. What is feedback in clinical education? *Medical Education* 2008;42:189-97
- Paice E, Heard S, Moss F. How important are role models in making good dokters? *BMJ* 2002;325:707-10
- Wright SM, Kern DE, Kolodner K, Howard DM, Brancati FL. Attributes of excellent attending physician role models. *New Eng J Med* 1998;339:1986-93
- Stern DT, Papadakis M. The developing physician – becoming a professional. *New Eng J Med* 2006;355:1794-9
- Marcel R. van der Klink. Effectiviteit van werkplek-opleidingen. Proefschrift Universiteit Twente, Enschede 1999. ISBN 9036512786
- Beertema H. Competentieleren is niets voor het MBO. *NRC Handelsblad* 15 april 2009
- Naqvi S, Zhu Ch, Farre G, et al. Transgenic multivitamin corn through biofortification of endosperm with three vitamins representing three distinct metabolic pathways. *PNAS published online before print April 27, 2009, doi:10.1073/pnas.0901412106*
- Harrison's Principles of Internal Medicine. 17th ed. chapter 389, p2733-6
- Johnny van Doorn: magistrale zon

