

Routekaart

Effectief preventieonderwijs
in de geneeskundeopleiding



UMC Utrecht



Amsterdam UMC



umcg



Leids Universitair
Medisch Centrum

Radboudumc



Maastricht
University

Erasmus MC
University Medical Center Rotterdam
Erasmus

Effectief preventieonderwijs in de geneeskundeopleiding

De aandacht voor preventie groeit in de gezondheidszorg. Dit vraagt om artsen die een actieve rol hebben in het bevorderen en beschermen van gezondheid. Om dit te realiseren, moeten we preventie stevig verankeren in de geneeskundeopleiding. Dit wordt ook benadrukt in het Raamplan Artsopleiding 2020 (NFU, 2020).

Voor een succesvolle implementatie zijn twee dingen nodig:

- **Ten eerste:** een concrete uitwerking van competenties, verantwoordelijkheden en taken om zo te komen tot algemene eindtermen voor preventie en samenwerking.
- **Ten tweede:** een overzicht van effectieve onderwijsvormen. Deze routekaart voorziet hierin en biedt daarmee een stevige basis voor het ontwikkelen van effectief preventieonderwijs. De routekaart laat zien wat studenten geneeskunde moeten leren over preventie en gaat in op de kenmerken van preventieonderwijs.

Voor wie?

De routekaart is bedoeld voor docenten in de geneeskundeopleiding die aandacht moeten of willen besteden aan preventie in hun onderwijs, voor opleidingscoördinatoren of beleidsmakers die preventie goed willen borgen in hun opleiding en voor studenten die nieuwsgierig zijn naar of ze voldoende leren over preventie en willen uitzoeken wat ze moeten leren over preventie.

Over de routekaart

De routekaart is gericht op het ontwikkelen, monitoren of evalueren van preventieonderwijs in de geneeskundeopleiding en bestaat uit drie delen. In elk deel staat een doel centraal:

- 1 Het raamwerk maakt duidelijk welke taken basisartsen hebben in preventie en geeft daar concrete voorbeelden bij. Daarnaast gaan we in dit deel in op het concept health advocacy en de belangrijkste verschillen en raakvlakken daarvan met preventie. Het raamwerk helpt curricula en leerdoelen in preventie te bepalen.**
- 2 Public health- en preventieonderwijs: kenmerken en aandachtspunten maakt concreet wat de uitdagingen zijn van preventieonderwijs en bevat praktische tips hoe je daarmee om kunt gaan.**
- 3 Onderwijskundige verdieping bestaat uit vijf handreikingen over onderwijsconcepten die toepasbaar zijn bij het ontwikkelen van evidence informed preventieonderwijs.**

De routekaart is ontwikkeld vanuit het ZonMw project Ontwikkeling van evidence-based preventieonderwijs in de geneeskundeopleiding. In dit project werken de afdelingen sociale geneeskunde van de verschillende Nederlandse faculteiten geneeskunde samen om preventieonderwijs in de geneeskundeopleiding te concretiseren en om erachter te komen wat werkt in preventieonderwijs.

Deel 1
Raamwerk preventie

Deel 2
Kenmerken
van preventieonderwijs

Deel 3
Onderwijskundige verdieping



Inhoud

Inleiding	1
Over de routekaart	3
Deel 1: Raamwerk preventie in de geneeskundeopleiding	6
Deel 2: Public health- en preventieonderwijs: kenmerken en aandachtspunten	16
Deel 3: Onderwijskundige verdieping	27
3.1 Community Engaged Learning	27
3.2 Interprofessioneel samenwerken	34
3.3 Omgaan met een gebrek aan rolmodellen	44
3.4 Transformative learning	50
3.5 Communicatie en leefstijladviezen	55
Referentielijst	61



Deel 1:

Raamwerk preventie in de geneeskundeopleiding

Wat is het doel van het raamwerk?

Dit raamwerk is een hulpmiddel voor artsen en onderwijskundigen die preventieonderwijs willen ontwikkelen voor het geneeskundecurriculum. Het laat zien welke kennis, vaardigheden en houding een pas afgestudeerde basisarts nodig heeft op het gebied van preventie. Met dit raamwerk kun je preventieonderwijs vormgeven, leerdoelen opstellen en de inhoud van cursussen of lessen bepalen.

Hoe is het raamwerk tot stand gekomen?

Het raamwerk is gebaseerd op het Raamplan Artsopleiding 2020 (NFU, 2020) en het NFU-paper Preventie: wat is het, en hoe benutten we het optimaal? (2022). Vervolgens is het raamwerk gevalideerd door artsen uit de nulde-, eerste- en tweede lijn, paramedici en studenten.

A

Kerncompetentie

Wat is de kern van het preventief handelen van artsen?

B

Deelcompetenties

Wat is er nodig om de kerncompetentie te beheersen?

C

Rollen, taken en verantwoordelijkheden

Rollen, taken en verantwoordelijkheden van artsen in preventie. Ingedeeld naar individueel en populatieniveau. Inclusief voorbeelden.



A

Kerncompetentie: preventief handelen als arts

Artsen zetten hun positie, kennis en ervaring actief in, binnen en buiten de spreekkamer, om binnen de gehele populatie, binnen deel-populaties en/of bij individuele burgers ziekte te voorkomen en gezondheid te beschermen en te bevorderen. Dit doen zij in samenwerking met burgers, ketenpartners en andere stakeholders, waarbij zij zich hard maken voor gelijke kansen op gezondheid.

B

De kerncompetentie is uitgewerkt in de volgende **deelcompetenties**:

1. De arts is zich ervan bewust dat veel gezondheidsproblemen veroorzaakt worden door beïnvloedbare en samenhangende omgevingsfactoren (determinanten van ziekte).
2. De arts is op de hoogte van actuele (maatschappelijke) ontwikkelingen die invloed kunnen hebben op gezondheid.
3. De arts herkent wanneer individuele preventieve zorg vraagt om een aanpak op populatieniveau.
4. De arts handelt professioneel en zoveel mogelijk evidence-based.
5. De arts is zich bewust van de eigen rol en invloed en die van andere professionals en instanties op het gebied van preventie.
6. De arts kan een onderbouwd standpunt innemen ten aanzien van (eigen) verantwoordelijkheden in preventieve zorg.
7. De arts kan effectief communiceren met burgers, patiënten en professionals om informatie uit te wisselen die nodig is voor goede preventieve zorg.
8. De arts heeft kennis van het stelsel van de gezondheidszorg en de financiering in relatie tot preventieve zorg.

Rollen, taken en verantwoordelijkheden

Signaleren en registreren



Op individueel niveau

Bij een individueel persoon, veelal in de spreekkamer

- De arts signaleert en registreert determinanten die een rol spelen bij de gezondheid van een patiënt.
- De arts herkent relevante aangrijpingspunten ten aanzien van preventie.
- De arts herkent of creëert het juiste moment om in gesprek te gaan over gezondheid, functioneren in leef- en werkomgeving, leefstijl, en toegang tot zorg.

Voorbeeld: Een huisarts ziet op het spreekuur een patiënt met hoofdpijn. Tijdens het consult komt naar voren dat de patiënt veel rookt en drinkt door stress als gevolg van de renovatie van zijn flat. De huisarts besluit nu de hoofdpijn te behandelen, en de patiënt na de renovatie terug te zien om in gesprek te gaan over het roken en alcoholgebruik.

Voorbeeld jonge arts: Een zaalarts op de afdeling longgeneeskunde heeft een patiënt met COPD met regelmatig exacerbaties. Bij navraag tijdens het ontslaggesprek blijkt de patiënt op een vakantiepark, in een vochtige stacaravan met veel schimmel te wonen. De arts registreert dit in het dossier en verkent bij collega's of er verwijismogelijkheden zijn.

Op populatieniveau

Bij een (deel)populatie, veelal buiten de spreekkamer

- De arts signaleert dat er een gezondheidsprobleem, -risico of -behoefte is bij een (deel)populatie aan de hand van ervaringen in de praktijk.
- De arts verifieert met data of bij anderen of er inderdaad een gezondheidsprobleem, -risico of -behoefte is, welke determinanten daarbij een rol spelen, in welke (deel)populatie en wat de omvang van het probleem is.

Voorbeeld: SEH-artsen zien een toenemend aantal mensen met hersenletsel door ongelukken met elektrische fietsen. Ze verifiëren dit signaal eerst intern met data van de afgelopen jaren, en vervolgens extern bij de beroepsvereniging.

Voorbeeld jonge arts: Het valt de AIOS op de KNO-afdeling tijdens diens poli's op dat er veel patiënten onder de 30 jaar met oorsuizen zijn. De arts bespreekt dit met zijn opleider en samen komen ze tot het inzicht dat dit een nieuwe ontwikkeling is; 20 jaar geleden kwam dit veel minder voor.

Interveniëren



Op individueel niveau

Bij een individueel persoon, veelal in de spreekkamer

- De arts gaat in gesprek met de patiënt en gebruikt hierbij passende technieken (gespreksvaardigheden).
- De arts begeleidt en adviseert de patiënt over gezondheid, gezond gedrag, en preventie van ziekte, en wijst als dat kan en gepast is op betrouwbare informatiebronnen.
- De arts zet een passende interventie in of verwijst de patiënt naar een relevante hulpverlener, en houdt hierbij rekening met mogelijke obstakels voor goede zorg (wachttijden, kosten, etc.).
- De arts kent en werkt samen met relevante (zorg)professionals in het sociale en/of medische domein.

Voorbeeld: Een internist ziet een patiënt met slecht gereguleerde diabetes. Hij gebruikt motiverende gesprekstechnieken om in gesprek te komen over de leefstijl van de patiënt, inclusief motivatie en doel om af te vallen en de leefstijl aan te passen. In overleg verwijst hij de patiënt voor een Gecombineerde Leefstijl Interventie. Bij de driemaandelijke controles is het onderwerp leefstijl vast onderwerp van gesprek, evenals de voortgang bij de GLI.

Voorbeeld jonge arts: Het valt een coassistent op de afdeling chirurgie op dat iemand die al twee weken opgenomen is geen enkel bezoek heeft ontvangen. De coassistent vermoedt dat de patiënt ernstig eenzaam is en bespreekt dit met diens supervisor. Samen nemen ze contact op met de huisarts om dit te verifiëren en over te dragen.

Op populatieniveau

Bij een (deel)populatie, veelal buiten de spreekkamer

- De arts adresseert het probleem op een relevante plek. Dit kan bijvoorbeeld zijn bij een supervisor, de eigen organisatie, de beroepsorganisatie, de GGD, de politiek, in het publieke debat of op sociale media.
- De arts weegt per situatie af wat de eigen rol is ten aanzien van het probleem en de interventie, en schakelt hulp in waar aanvullende competenties nodig zijn.
- De arts kent en werkt samen met (zorg)professionals, burgers en andere stakeholders in het sociale en/of medische domein.

Voorbeeld: Na het signaleren en verifiëren van het signaal dat overmatig lachgasgebruik kan leiden tot uitvalsverschijnselen, besluit een aantal neurologen zich te verenigen in een projectgroep 'complicaties lachgas'. Zij werken eerst aan verdere verificatie van dit signaal met een enquête onder collega's. Ook werken zij aan bewustwording onder huisartsen en collega-neurologen door publicaties in vaktijdschriften. Daarnaast roeren zij zich in het publieke debat door via sociale en traditionele media de noodklok te luiden. Tevens roepen zij de staatssecretaris (succesvol) op om een lachgasverbod in te voeren.

Voorbeeld jonge arts: Aiossen bij de jeugdgezondheidszorg signaleren en verifiëren signalen van scholen dat meerdere kinderen zonder ontbijt op school komen. Zij adresseren dit bij de school en helpen hen om zich aan te sluiten bij het Programma schoolmaaltijden van het Rode Kruis en het ministerie van VWS.

Evalueren



Op individueel niveau

Bij een individueel persoon, veelal in de spreekkamer

- De arts monitort de voortgang en evalueert het effect van de ingezette acties en past zo nodig het plan aan.

Voorbeeld: Een cardioloog evalueert drie maanden nadat een patiënt verwezen is voor een stoppen met roken interventie of de patiënt nog rookt. De patiënt geeft aan dat hij teruggrijpt naar de sigaretten op dagen dat hij veel stress heeft. De cardioloog besluit in overleg met de patiënt om hem te verwijzen naar groepstherapie, zodat de patiënt hierover in gesprek kan met lotgenoten.

Voorbeeld jonge arts: Een AIOS huisartsgeneeskunde heeft een patiënt met rugklachten. De patiënt doet fysiek zwaar werk. De AIOS verwijst de patiënt naar de bedrijfsarts voor advies en om te kijken naar de werkomstandigheden zodat de rugklachten in de toekomst voorkomen kunnen worden. Na een periode van een aantal weken evalueert de AIOS met de patiënt welke aanpassingen zijn gedaan op het werk en of het nu beter gaat met de rugklachten.

Op populatieniveau

Bij een (deel)populatie, veelal buiten de spreekkamer

- De arts evalueert het effect van ingezette acties en deelt de bevindingen met relevante partners of via wetenschappelijke kanalen.

Voorbeeld: Een KNO-arts evalueert samen met de gemeente wat de effecten zijn van geluidsreductie in uitgaansgelegenheden en publiceert hierover in een vaktijdschrift, inclusief tips voor zijn collega's over hoe ze dit kunnen aanpakken.

Voorbeeld jonge arts: Gynaecologen hebben met verloskundigen en het consultatiebureau samenwerkingsafspraken gemaakt over het beter signaleren en begeleiden van zwangeren die potentieel kwetsbaar zijn voor een postnatale depressie. Een AIOS gynaecologie heeft de opdracht gekregen om te evalueren of de afspraken geïmplementeerd zijn en of ze effectief zijn.

Preventie en health advocacy: verschillen en raakvlakken

Voordat we ingaan op de verschillen en raakvlakken bij preventie en health advocacy moeten we het eerst hebben over preventie en gezondheidsbevordering. Technisch gesproken zijn preventie en gezondheidsbevordering twee verschillende concepten.

- Preventie richt zich op het voorkomen van ziekte door het vermijden van gerelateerde risicofactoren. Interventies kunnen zijn gericht op populaties of op individuen, met als doel ziekte te voorkomen of vroegtijdig op te sporen.
- Gezondheidsbevordering richt zich op het verbeteren en bevorderen van gezondheid en middelen tot gezondheid (resources). Het richt zich vaak op gedragsverandering van populaties of individuen. Bijvoorbeeld het promoten van een leefstijl met gezonde voeding en voldoende beweging.

In onze kerncompetentie vallen beide aspecten onder preventief handelen. En hoewel preventie en gezondheidsbevordering veel doelen gemeen hebben, zijn er ook duidelijk verschillende invalshoeken. Hieronder gaan we daar kort op in.

Health advocacy

Als het gaat om preventie en publieke gezondheidszorg in relatie tot medisch onderwijs is health advocacy een belangrijk begrip. Health advocacy is een van de zeven gedefinieerde CanMEDS-rollen die artsen vervullen en die vaak aan de basis liggen van medische curricula. In het Nederlands wordt health advocacy vertaald als maatschappelijk handelen.



Foto: Thirza Luijten

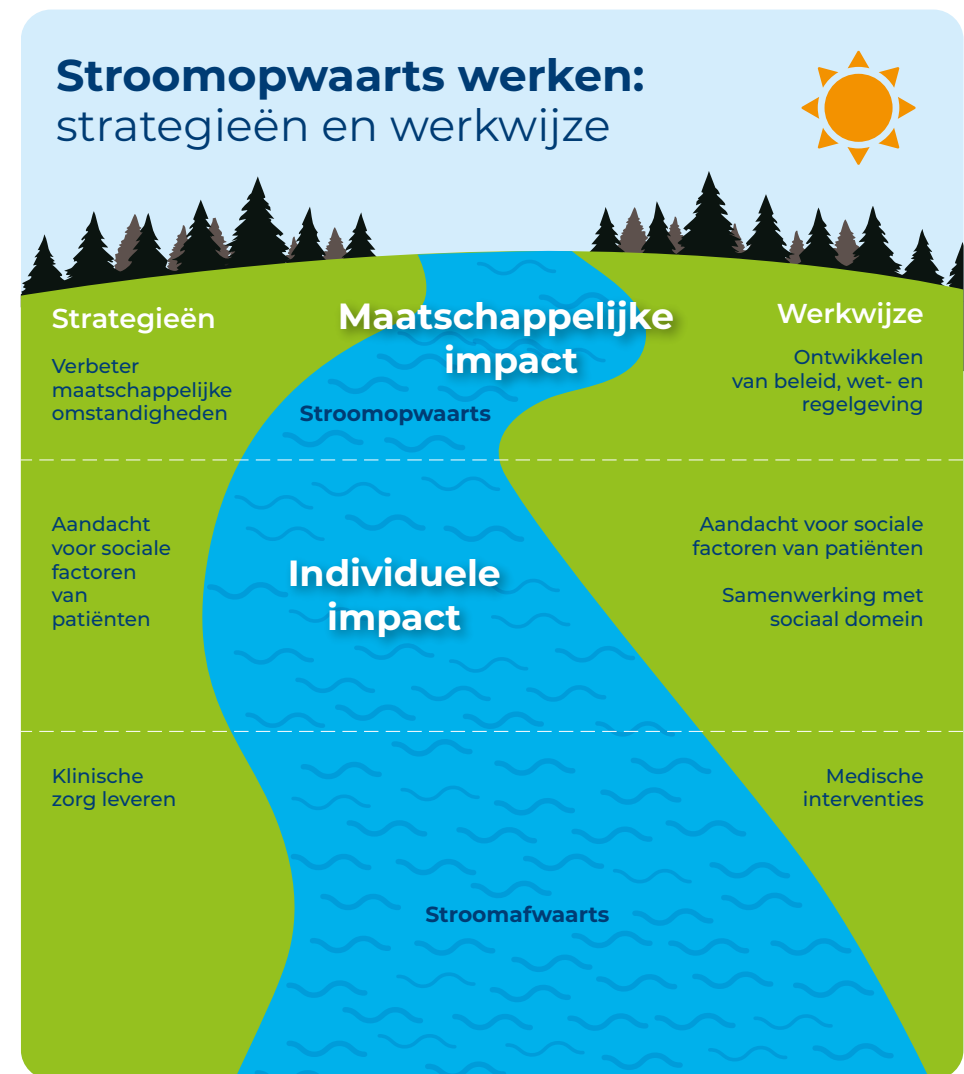
Preventief handelen valt vaak onder de health advocacy rol. Toch gaat health advocacy verder dan het direct voorkomen van ziekte en het bevorderen van gezondheid. Health advocacy - of maatschappelijk handelen - heeft ook te maken met het verzekeren van toegang tot zorg, navigeren door het (zorg) systeem, middelen mobiliseren, het aanpakken van gezondheidsverschillen, het beïnvloeden van het gezondheidsbeleid en het creëren van systeemverandering.

Basisbegrippen van health advocacy zijn sociale determinanten van gezondheid en gezondheidsverschillen (ongelijkheden). De kern bij health advocacy is de benadering van gezondheid vanuit het 'stroomopwaarts denken' (zie kader).

Stroomopwaarts denken

Om duidelijk te maken wat 'stroomopwaarts denken' inhoudt, wordt vaak het voorbeeld gebruikt van drie vrienden aan een rivier. De vrienden horen kinderen in de rivier om hulp schreeuwen. De eerste vriend zwemt naar de kinderen die het grootste gevaar lopen en begint ze één voor één in veiligheid te brengen. De tweede vriend loopt stroomopwaarts en bouwt daar een vlot om een groep kinderen in veiligheid te brengen. De derde vriend gaat nog verder stroomopwaarts om uit te zoeken wat de oorzaak is die al deze kinderen überhaupt in de rivier doet belanden.

De moraal van dit verhaal is dat we weinig impact zullen hebben op de gezondheid als we niet ook de stroomopwaartse oorzaken (van ongelijkheid) op gezondheidsgebied aanpakken; dat wil zeggen, als we mensen terugsturen naar de omstandigheden waarin ze ziek zijn geworden.



De Beaumont Foundation and Trust for America's health. (2019, January 16). Meeting individual social needs falls short of addressing social determinants of health. Health Affairs Blog. <https://www.healthaffairs.org/content/forefront/meeting-individual-social-needs-falls-short-addressing-social-determinants-health>



Van preventie naar health advocacy

Preventie richt zich vaak vanuit een *medisch perspectief* op het voorkomen of verminderen van ziekten (Hubinette et al., 2017). Denk bijvoorbeeld aan screenings, vaccinaties of het bevorderen van gezonder gedrag, zoals stoppen met roken, meer bewegen en gezond eten. Als we kijken naar de analogie hierboven is dit preventie op het midstream-niveau.

De analogie van de vrienden maakt echter duidelijk dat je, om blijvende impact te hebben op het verbeteren van de (volks)gezondheid, ook de oorzaken van ziekte en ongelijkheid op gezondheidsgebied moet aanpakken. Met andere woorden: je moet stroomopwaarts denken.

Dat betekent dat je preventie ook vanuit een *sociaal perspectief* gaat bekijken. Je richt dan je activiteiten óók op positieve verandering in de sociale omgevingsfactoren van kwetsbare (groepen) patiënten, met als doel het aanpakken van gezondheidsverschillen. Op die manier werk je aan het voorkomen dat je mensen terugstuurt naar de omstandigheden waarin ze ziek zijn geworden.

Uitgangspunten bij dit project:

- *We onderscheiden preventief handelen op individueel- en populatie-niveau.*
- *Preventief handelen is zowel het voorkomen van ziekte als het bevorderen van gezondheid.*
- *Om effectief te werken aan preventie is het belangrijk om je zowel op meer medische, individuele factoren te richten als op sociale- en systeemfactoren.*
- *Preventief handelen door artsen gebeurt zowel binnen het medisch domein als daarbuiten (health advocacy).*







Deel 2:

Public health- en preventieonderwijs: kenmerken en aandachtspunten

Regelmatig horen we dat studenten ons public health- en preventieonderwijs als 'anders' ervaren dan onderwijs in andere medische vakgebieden. Waarom is dat? In dit deel van de Routekaart Effectief preventieonderwijs in de geneeskundeopleiding proberen we te achterhalen welke factoren een rol spelen.

We gaan in op kenmerken van public health- en preventieonderwijs en geven antwoord op de volgende vragen:

- Wat maakt public health- en preventieonderwijs specifiek t.o.v. onderwijs over andere medische vakgebieden/onderwerpen?
- Wat zijn kenmerken van public health- en preventieonderwijs?
- Waar moet je als docent rekening mee houden bij het ontwerpen en geven van public health- en preventieonderwijs?

Kenmerken public health- en preventieonderwijs

Kennis en Concepten



Systeembenadering versus een reductionistische benadering



Rol van de arts: individuele patiëntenzorg of volksgezondheid?

Context van preventief handelen



Belangrijke rol van het zorgsysteem en geldstromen



Interprofessioneel handelen

Context van opleiden in de praktijk



Weinig zichtbare rolmodellen in de praktijk



Docenten voelen zich niet competent voor preventieonderwijs

Context van de student



Vooroordelen over public health, preventie en achterstandspopulaties

Onderwijskundige concepten en onderbouwing voor onderwijs

2.1 Kennis en concepten



Systeembenadering versus een reductionistische benadering

Binnen de geneeskunde is het gebruikelijk om oorzaken van ziekten of gezondheidsachterstanden in de eerste plaats te zoeken in biologische processen (Vyas et al., 2017; Litva & Peters, 2008). Om die oorzaken te begrijpen worden complexe processen ontleed en teruggebracht tot eenvoudiger bestanddelen, de zogenaamde reductionistische benadering. Gezondheidsverschillen en -achterstanden (die vaak centraal staan bij preventie) ontstaan echter door een ingewikkeld samenspel van factoren, die bovendien vaak buiten het medische vakgebied liggen.

Public health bekijkt ook die andere (sociale) factoren. Daarmee onderscheidt het zich van andere medische vakgebieden. Tegelijkertijd is het niet afdoende om ziekte en gezondheidsachterstanden te ontrafelen in afzonderlijke componenten (zoals biologische processen, specifiek gedrag of economische factoren). Het gaat ook om de complexe samenhang daartussen. Daar kun je alleen echt aan werken, als je dat vanuit een systeembenadering doet (ZonMw, 2020). Maar het begrijpen van zo'n systeembenadering en het toepassen daarvan is complex.

Nu is het begrijpen van complexe concepten en ingewikkelde theorieën niet uitzonderlijk in het medisch vakgebied. Denk bijvoorbeeld aan de werking van het immuunsysteem of de embryonale ontwikkeling. Toch gaat het daarbij om een ander type complexiteit. Deze theorieën lijken ingewikkeld, maar je leert ze stap voor stap begrijpen en kunt ze daarna toepassen. Bij public health is dat eerder andersom: de kennis over leefstijl en iemands omgeving lijkt een 'open deur', maar de complexiteit zit in het begrijpen van de samenhang en de toepassing in de medische praktijk. Veel studenten doorgronden deze complexiteit niet (Rego & Dick, 2005).

Ook gebruikt public health andere onderzoeksmethoden. Onderzoeksmethoden die worden toegepast in klinisch onderzoek (zoals RCT's) zijn vaak niet passend voor public health-onderzoek. Om gezondheid vanuit een systeembenadering te onderzoeken zijn bijvoorbeeld kwalitatieve methoden of actie-onderzoek nodig. Deze onderzoeksmethoden zijn vaak onbekend bij studenten of in het veld. En omdat ze zo'n andere (soms tegenovergestelde) benadering hebben dan bekende kwantitatieve methoden, worden ze als minder betrouwbaar (of niet-objectief) gezien.

Wat kunnen docenten doen?

→ Laat studenten de impact van sociale determinanten ervaren

Een manier om studenten te leren denken vanuit een systeem-benadering is ervaringsgericht leren. Dit helpt hen de samenhang en invloed van sociale determinanten op gezondheid en zorg te begrijpen. Door ervaringen aan te bieden die deze complexiteit zichtbaar maken en daarop te reflecteren, leren studenten denken in systemen (Mann et al, 2011).

Ervaringsgericht leren kun je zowel binnen als buiten de universiteit organiseren. Binnen de universiteit kan dat bijvoorbeeld via simulatie (waarbij studenten een ander perspectief innemen) of via de ervaringen van anderen. Daarbij kun je denken aan narrative medicine (films, boeken, documentaires, podcasts). Een voorbeeld van ervaringsgericht onderwijs buiten de universiteit is Community Engaged Learning (CEL). Dat is een vorm van werkplekleren in de 'community'. Onderwijs gericht op de community kan een breed scala aan ervaringen bieden om formeel (abstract) leren (bijvoorbeeld over sociale determinanten van gezondheid) te koppelen aan 'real-life' ervaringen (Ellaway, 2016).

Meer weten over Community Engaged Learning?

[Lees de handreiking](#) ►



Rol van de arts: individuele patiëntenzorg of volksgezondheid?

Wat kenmerkt een arts? Is dat iemand die patiënten behandelt? Ziekten behandelt? Of iemand die werkt aan (volks)gezondheid? Volgens de [Nederlandse Artseneed \(KNMG, 2019\)](#) omvat het beroep van arts al deze facetten. Toch lijken studenten en (veel) artsen hun rol veel beperkter te zien. Een arts helpt een patiënt die zich presenteert met een hulpvraag en probeert de patiënt curatief of palliatief te behandelen.

Dit beeld zien we terug in de wervingstekst voor de opleiding geneeskunde. Het is interessant om de tekst te leggen naast die voor diergeneeskunde. Daarin wordt veel meer de nadruk gelegd op de rol van de dierenarts in de (volks)gezondheid van dier én mens. Vergelijk onderstaande teksten maar eens.

Wervingstekst Geneeskunde UU

Werk je graag met mensen en wil je iets voor ze betekenen? Ben je goed in de exacte vakken en wil je alles weten over het menselijk lichaam? Dan is de opleiding Geneeskunde wellicht een goede match voor jou!

Bij Geneeskunde staat behandeling van de patiënt met diens ziekte centraal. Tijdens de opleiding Geneeskunde leer je veel over het menselijk lichaam, ziekten en gezondheid. Ook praktische en communicatieve vaardigheden zijn heel belangrijk. Hoe prik je bijvoorbeeld bloed? Hoe onderzoek je iemand? En hoe voer je een goed gesprek met een patiënt of collega?

Bron: www.uu.nl/bachelors/geneeskunde
(geraadpleegd op 8 oktober 2024)

Wervingstekst Diergeneeskunde UU

Hoe functioneert een gezond dier? Wat als het functioneren fout gaat? Hoe voorkom en behandel je zieke dieren? Wat is de relatie tussen het dier, de mens en de omgeving? In de bachelor Diergeneeskunde doe je veel kennis op over deze aspecten en kom je in aanraking met thema's die nauw samenhangen met diergezondheid (van zowel individuele dieren als groepen dieren) en volksgezondheid, zoals voedselveiligheid.

Je doet kennis en inzicht op over de werking van cellen, moleculen en organen van gezonde dieren en hoe deze met elkaar samenwerken, wat er gebeurt als een dier of groep dieren ziek wordt, hoe je kunt ingrijpen en welke gevolgen dat heeft voor dier en omgeving. Via cases (bijvoorbeeld een case over Q-koorts) leer je probleemgericht en klinisch te redeneren. Naast de medische kant in de opleiding is er veel aandacht voor algemene vaardigheden zoals samenwerken en communiceren.

Bron: www.uu.nl/bachelors/diergeneeskunde (geraadpleegd op 8 oktober 2024)

Het public health-perspectief sluit niet goed aan op de 'smalle' benadering van de rol van de arts. Dit kan deels verklaren waarom studenten het onderwijs als 'anders' ervaren. Werken vanuit het idee dat een arts een rol heeft in het verbeteren van de volksgezondheid is vaak abstracter dan de rol die de arts heeft in de curatieve gezondheidszorg. We geven een paar voorbeelden om dit te illustreren.

Kenmerken van het public health-perspectief:

- bekijken van populatie als patiënt in plaats van individuele aanpak;
- voorkómen van ziekte i.p.v. behandelen van klachten;
- werken met data op groepsniveau en associaties (epidemiologie);
- benaderen van de gezondheidszorg vanuit een macroperspectief.



Wat kunnen docenten doen?

→ Verander het beeld van de rol van de arts

Preventieonderwijs zou naast het bijbrengen van kennis en vaardigheden ook actief kunnen inzetten op verandering in de opvattingen over wat een goede arts is. Hiervoor kunnen we gebruikmaken van de theorie achter *transformative learning*. Die theorie geeft inzicht in hoe je onderwijs kunt vormgeven om veranderingen te realiseren in professionele identiteit.

Op die manier kun je studenten laten inzien:

- dat zich inzetten voor de volksgezondheid, werken aan preventie, en gezondheid bekijken vanuit een macroperspectief een essentieel aspect is van hun professionele rol als arts.
- hoe je je als (curatief werkend) arts kunt inzetten voor de volksgezondheid.

Meer weten over transformative learning?

[Lees de handreiking](#) ►

→ Maak het abstracte concreet

Voorbeelden uit de werkelijke praktijk, zoals je die bijvoorbeeld tegenkomt bij *Community Engaged Learning* kunnen helpen om abstracte onderwerpen concreet te maken voor studenten. Cijfers veranderen daarmee in echte mensen die echte problemen zichtbaar en invoelbaar maken.

Meer weten over Community Engaged Learning?

[Lees de handreiking](#) ►

→ Ga op zoek naar zichtbare rolmodellen

Een groot deel van het leren van geneeskundestudenten bestaat uit werkplekieren in de kliniek. Dat is nodig, maar het is ook vaak een plek waar het beeld van de 'smalle benadering' van de rol van arts wordt bevestigd. Daarom is het belangrijk om artsen die zich wel inzetten voor volksgezondheid, te vinden en zichtbaar te maken als rolmodel voor studenten.

Meer weten over meer zichtbare rolmodellen?

[Lees de handreiking](#) ►

Geef studenten de tools om vanuit een ph-perspectief te kunnen werken

Als je studenten leert dat het aangaan van preventiegesprekken hoort bij de rol van arts, dan moet je hen ook communicatieonderwijs bieden over het geven van leefstijladviezen in de spreekkamer.

Meer weten over communicatie en leefstijladviezen?

[Lees de handreiking](#) ►

Daarnaast vinden veel preventieactiviteiten op het gebied van volksgezondheid buiten het ziekenhuis en soms zelfs buiten het medisch domein plaats. Je kunt studenten concrete handvatten geven bij dit aspect van de rol als arts door onderwijs over interprofessionele samenwerking aan te bieden.

Meer weten over interprofessioneel samenwerken?

[Lees de handreiking](#) ►



2.2 Context van public health/preventief handelen



Belangrijke rol van het zorgsysteem en geldstromen

Wetgeving en financiering hebben invloed op de uitvoering van de zorg en daarmee ook op de rol van de professional. Curatieve zorg is relatief eenduidig gefinancierd via de Zorgverzekeringswet, maar voor preventie is de financiering vaak onduidelijk en gefragmenteerd. Deels verloopt de financiering landelijk, deels via gemeente en GGD, waarbij er soms ook nog verschillen zijn per gemeente/GGD-regio. Doordat preventief werken door curatieve artsen niet zomaar is gefinancierd, is er ook geen prikkel voor artsen om dit werk te doen, waardoor het op de achtergrond raakt.

Daarnaast kan de manier waarop ons zorgsysteem is ingericht allerlei barrières opleveren voor mensen die toch al minder gezond zijn. Denk aan eigen risico, onverzekerden etc. Inzicht in dit systeem en de invloed die dit kan hebben op het werk als arts maar ook andersom, de rol die de arts kan innemen om het systeem te veranderen, is belangrijk om de context van public health goed te kunnen duiden.

Wat kunnen docenten doen?

→ Laat het grotere plaatje zien

Studenten moeten inzicht krijgen in de organisatie van het zorgsysteem, de wetten die daarmee samenhangen en hoe de geldstromen zijn geregeld. Belangrijk is dat we daarbij ook laten zien hoe dit relevant is voor het werken als arts. Koppel informatie over het zorgsysteem aan casuïstiek en ga in gesprek over de verschillende rollen die je hier als arts in kunt vervullen. Dit kan bijvoorbeeld door theoretisch onderwijs over dit onderwerp aan te vullen met opdrachten tijdens werkplekleren (zoals in coschappen).



Foto: Thirza Luijten



Interprofessioneel handelen

Preventie raakt vaak aan complexe sociale- en gezondheidsproblemen, die invloed hebben op meerdere levensdomeinen. Dat betekent in de praktijk ook dat er vaak (veel) andere professionals betrokken zijn. Om deze complexe problemen effectief aan te pakken is interprofessionele samenwerking met professionals buiten het medisch domein nodig.

Ook in de curatieve geneeskunde is samenwerking van belang, maar dat speelt zich doorgaans af binnen het medisch domein, waarin het gezondheids-perspectief leidend is en de rol van een arts vanzelfsprekend. Bij samenwerking buiten het medisch domein kunnen er andere belangen spelen en is gezondheid niet altijd de doorslaggevende factor. Ook is bij domeinoverstijgend samenwerken niet altijd duidelijk wat ieders rol en expertise is. Als arts moet je daarom zelf goed weten wat jij kunt/moet bijdragen. Tegelijkertijd moet je, om goed invulling te geven aan interprofessionele samenwerking, de bijdrage, expertise en het perspectief van de andere professionals op waarde weten te schatten.

Veel artsen ervaren het werken aan complexe sociale- en gezondheidsproblemen - zeker als bijvoorbeeld gezondheidsachterstanden een rol spelen - als 'overweldigend' en 'moeilijk om aan te werken'. Dat blijkt uit onderzoek. Ook studenten weten vaak niet hoe ze dit werk concreet moeten aanpakken. Een van de oorzaken daarvoor lijkt het idee dat elke arts deze rol volledig zelfstandig moet kunnen uitvoeren. Uit onderzoek naar artsen die effectief als health advocate optreden, blijkt echter dat zij hun werk juist altijd uitvoeren in het collectief. Een veelzeggende quote: "the team-based model of advocacy took the burden off the physician to 'do it all'." (Hubinette et al., 2014; Hubinette et al., 2017)

Wat kunnen docenten doen?

→ **Besteed aandacht aan (samen)werken in een collectief**

Studenten moeten tijdens hun studie vaardigheden leren om goed samen te kunnen werken met professionals, maar ook met vrijwilligers of buurtbewoners. Ze moeten inzicht krijgen in welke rollen en taken zij kunnen uitvoeren als arts en hoe zij kunnen bijdragen aan een collectief zoals een netwerk. Het is belangrijk dat studenten hiermee kunnen oefenen in een veilige omgeving.

Meer weten over interprofessioneel samenwerken?

[Lees de handreiking ►](#)

→ **Laat studenten kennismaken met professionals en zorg buiten het medisch domein**

Door kennis te maken met andere professionals en domeinen krijgen studenten inzicht in de eigen rol/professie en hoe die zich verhoudt tot de rol van de ander. Community Engaged Learning kan hierbij helpen.

Meer weten over Community Engaged Learning?

[Lees de handreiking ►](#)



2.3 Context van opleiden in de praktijk



Weinig zichtbare rolmodellen in de praktijk

Studenten geven aan dat werken en denken vanuit een public health-perspectief en werken aan preventie nauwelijks expliciet zichtbaar zijn in de kliniek. Ze zien daar geen of geen goede voorbeelden en rolmodellen. Hierdoor wordt de urgentie van public health en preventie niet zichtbaar. Terwijl juist een groot deel van de professionele vorming van geneeskundestudenten plaatsvindt op de werkvloer.

Social-cognitive theory (Mann et al., 2011) gaat uit van het idee dat leren veelal plaatsvindt in een sociale omgeving. Deze onderwijstheorie wordt dan ook vaak toegepast bij praktijkleren (zoals tijdens coschappen). In deze theorie spelen 'plaatsvervangend leren' en 'self-efficacy' een belangrijke rol.

Een gebrek aan (zichtbare) rolmodellen op het gebied van preventie zorgt ervoor dat er geen plaatsvervangende ervaring kan worden opgedaan waardoor studenten minder zelfvertrouwen opbouwen in hun eigen vaardigheden op dit gebied.

Plaatsvervangend leren: iets leren door het te observeren bij anderen (iemand hoeft dus niet altijd eerst alles zelf te hebben gedaan om iets te kunnen, maar er is sprake van een plaatsvervangende ervaring);

Self-efficacy: de mate waarin iemand zelf inschat bepaald gedrag te kunnen uitvoeren. Plaatsvervangend leren heeft hier invloed op.



2.4 Context van de student



Vooroordelen over public health, preventie en achterstandspopulaties

Een van de consequenties van de kenmerken van public health die we hierboven hebben behandeld, is dat studenten vooroordelen hebben over public health, preventie en achterstandspopulaties. Het is saai, niet sexy, niet ambitieus.¹ En ze zien het eerder als 'nice to know' dan 'need to know' (Litva & Peters, 2008).

Ook over doelgroepen die het meest gebaat zijn bij preventie, bestaan vooroordelen ('eigen schuld' als je rookt, overgewicht hebt, arm bent; geen doorzettingsvermogen hebt om er iets aan te doen).

Het is als het ware een soort cyclus: de kenmerken die genoemd zijn over public health-onderwijs leiden tot onbewuste bias bij studenten. Die vormen vervolgens barrières voor het leren over preventie. Je kunt dan denken aan een lage motivatie om er meer over te leren omdat de urgentie niet wordt ervaren. Die kan er weer toe leiden dat studenten moeite hebben de concepten te begrijpen en toe te passen waardoor de relevantie en urgentie voor hen ook niet duidelijk wordt.

¹ Ervaringen gebaseerd op een les over vooroordelen voorafgaand aan de simulatieweek in het UMC Utrecht

Wat kunnen docenten doen?

→ **Begin met vooroordelen adresseren**

Om studenten met een open houding en gemotiveerd naar de inhoud van public health-onderwijs te kunnen laten kijken, moet je eerst de vooroordelen benoemen en liefst wegnemen. Daag studenten uit hun eigen vooroordelen en perspectieven te onderzoeken en mogelijk bij te stellen. Zoek naar vormen van onderwijs die een desoriënterend dilemma kunnen creëren (zie de theorie van transformative learning). Studenten worden hierdoor aangezet tot het onderzoeken van de eigen ideeën.

Meer weten over transformative learning?

[Lees de handreiking ►](#)

→ **Laat studenten urgentie ervaren**

Motivatie en leren zijn sterk met elkaar verbonden. Motivatie van studenten bepaalt wat en hoe ze leren. En wanneer studenten leren en ervaren dat ze vaardigheden opdoen, is dat weer motiverend om verder te leren. In het model over motivatie en leren onderscheidt Schunk drie fases: pretask, during task and posttask (Schunk, 2012). In elke fase wordt motivatie door andere factoren beïnvloed.

In onze situatie van vooroordelen over public health-onderwijs, kunnen we in eerste instantie kijken naar de fase voorafgaand aan het daadwerkelijke leren (pretask). In die fase spelen o.a. waarden ('values') een belangrijke rol voor motivatie: wat is the 'perceived importance' van het onderwijs voor de student? Laag ervaren belang, leidt tot lagere motivatie. Daarom moeten we in ons onderwijs de studenten in de praktijk de urgentie laten ervaren zodat zij hun overtuigingen kunnen veranderen van 'nice to know' naar 'need to know'. Community Engaged Learning en transformative learning kunnen hierbij helpen.

Meer weten over Community Engaged Learning?

[Lees de handreiking ►](#)

Deel 3

- 3.1 Community Engaged Learning
- 3.2 Interprofessioneel samenwerken
- 3.3 Omgaan met een gebrek aan rolmodellen
- 3.4 Transformative learning
- 3.5 Communicatie en leefstijladviezen



Deel 3: Onderwijskundige verdieping



3.1 Community Engaged Learning

Inleiding

Community Engaged Learning (CEL) is ervaringsgericht onderwijs - in de praktijk - waarin studenten, docenten en maatschappelijke partners samenwerken. Partners kunnen publieke organisaties, ngo's of buurtbewoners zijn (Universiteit Utrecht, 2024). Door CEL-onderwijs leren studenten theoretische kennis toe te passen in een maatschappelijke context (Comeau et al., 2019). CEL-onderwijs kan veel verschillende vormen aannemen.

De kern van CEL

Samen met maatschappelijke partners (de 'community') werken aan problemen en behoeften die voor die community van belang zijn.

CEL-onderwijs geeft studenten de mogelijkheid om concrete ervaringen op te doen én hierop te reflecteren. Op die manier kunnen studenten hun ervaringen koppelen aan hun academische expertise (theorie, kennis) (Hou, 2014).

Enkele veelgehoorde voordelen van CEL-onderwijs (Universiteit Utrecht, 2024):

- het versterkt kritisch denken;
- het versterkt interpersoonlijke en communicatievaardigheden;
- het versterkt culturele bewustwording;
- het versterkt de professionele identiteit.

CEL-onderwijs in relatie tot public health en preventie

In het preventie-werkveld staan maatschappelijke factoren centraal zowel op populatie als op individueel niveau. Bij het in kaart brengen van de gezondheid van (deel)populaties gaat het niet alleen om inzicht in de gezondheidsuitkomsten maar ook om sociale determinanten die bijdragen aan ziekte en gezondheid, gezondheidsverschillen en kwetsbare populaties. Op basis daarvan kan gekeken worden naar mogelijke interventies. Ook in de spreekkamer is het voor effectieve preventie van belang dat artsen maatschappelijke factoren als lage gezondheidsvaardigheden of financiële zorgen herkennen en hierop anticiperen.

CEL-onderwijs kan hier op verschillende manieren aan bijdragen. Allereerst vanwege de setting: buiten het ziekenhuis, in een maatschappelijke context (bijvoorbeeld de wijk) worden abstracte concepten als sociale determinanten van gezondheid en gezondheidsverschillen 'zichtbaar'. CEL-onderwijs gaat over 'echte' problemen. Door in contact met maatschappelijke partners te werken aan deze problemen, leren studenten wat zich af kan spelen in het dagelijks leven van bijvoorbeeld sociaal kwetsbare groepen (Hunt et al., 2011). Ook in gemeenschappen of groepen die in het algemeen voor studenten onbekend of ontoegankelijk zijn.

Voor preventie en het verkleinen van gezondheidsverschillen is domein-overstijgend werken belangrijk. Dit vraagt om goede interdisciplinaire samenwerking. In CEL-onderwijs staat samenwerking met maatschappelijke partners (burgers en organisaties) op basis van gelijkwaardigheid centraal. CEL-onderwijs biedt de gelegenheid om dit te oefenen. Studenten (geneeskunde) maken kennis met professionals uit andere disciplines (en hun werkwijzen) en kunnen in een veilige omgeving werken aan samenwerkingsvaardigheden.



Theoretisch kader community engaged learning

Wat is een community?

In de literatuur wordt de term community veel gebruikt maar het is niet altijd duidelijk wat daar precies mee wordt bedoeld. Soms verwijst het naar de setting: voor medisch onderwijs gaat het dan vaak over onderwijs dat plaatsvindt buiten de kliniek of de academie. Soms worden er specifieke doelgroepen in de samenleving mee bedoeld. Bijvoorbeeld jongeren of mensen die in een bepaalde wijk wonen of in specifieke omstandigheden.

De Universiteit Utrecht omschrijft community binnen de context van CEL als volgt: *“Gemeenschappen met gezamenlijke zorgen over specifieke en complexe vraagstukken, groot en klein, zoals de energietransitie, stedelijk verval of ongelijke onderwijskansen” (Universiteit Utrecht, 2024).*

In beschrijvingen over wat CEL-onderwijs betekent, gebruiken Nederlandstalige universiteiten met name de termen maatschappij en samenleving in plaats van community en de letterlijke vertaling daarvan; gemeenschap. De VU Brussel vertaalt CEL-onderwijs bijvoorbeeld als ‘maatschappij betrokken onderwijs’.

Welke rol speelt de community?

Er zijn verschillende manieren om de community een plek te geven binnen het geneeskundeonderwijs (Universiteit Utrecht, 2024; Ellaway et al., 2016):

→ Community oriented learning

Deze vorm van onderwijs vindt plaats in de universiteit. Hierbij wordt binnen het curriculum aandacht besteed aan behoeften en problemen van specifieke communities (doelgroepen) en manieren om daaraan iets te doen.

→ Community based learning

De onderwijsactiviteiten vinden in dit geval plaats in de community (bijvoorbeeld in een plaatselijk gezondheidscentrum). De community stelt als het ware een stageplaats beschikbaar maar is niet actief betrokken bij het ontwikkelen van het onderwijs.

→ Community engaged learning

Niet alleen vindt bij deze vorm het onderwijs plaats in de community, leden van de community worden ook actief betrokken bij de opzet en de doelen van het onderwijs en bij de onderwijsactiviteiten.

Wederkerigheid en gelijkwaardigheid

Welke rol de community krijgt in het onderwijs hangt natuurlijk samen met de leerdoelen. Bij community oriented learning kan er kennis en bewustwording worden overgebracht bijvoorbeeld over gezondheidsverschillen of sociale kwetsbaarheid. Vrijwel alle geneeskunde faculteiten zullen op deze manier aandacht besteden aan communities en de samenleving. Als je studenten ervaringen in de samenleving wilt laten opdoen, kies je eerder voor community based of engaged learning. Een verschil tussen die vormen zit in de mate van wederkerigheid, die bij community engaged learning groter is en als cruciaal aspect van deze onderwijsvorm wordt beschouwd.

Tegelijkertijd leert de ervaring dat echte wederkerigheid en gelijkwaardigheid moeilijk is. Het initiatief voor samenwerking ligt meestal aan de kant van de universiteit en daar worden vaak ook de voorwaarden voor het onderwijs bepaald (zoals wannéér het onderwijs moet plaatsvinden). Voor partnerorganisaties is het niet altijd duidelijk wat zij kunnen bijdragen aan geneeskundeonderwijs. Door te investeren in een duurzame relatie kan een onderwijs-samenwerking in de loop van de tijd verschuiven van community based naar steeds meer community engaged.

Onderwijsactiviteiten

CEL-activiteiten kunnen op verschillende manieren een plek hebben in een curriculum:

- In een bestaand blok, bijvoorbeeld als manier om theorie uit het blok te kunnen koppelen aan de realiteit.
- Als een volledige, meerweekse stage, ‘verplicht’ vrijwilligerswerk (bijvoorbeeld een x aantal uren per collegejaar) of een extracurriculaire activiteit.





Foto: Thirza Luijten

Het verschil tussen CEL-activiteiten en regulier vrijwilligerswerk is dat de onderwijsactiviteiten ontwikkeld en de organisaties gekozen zijn om bepaalde leeruitkomsten te bereiken. Daarnaast is een uitgangspunt van CEL dat leren niet zomaar ontstaat vanuit de ervaring (zoals het doen van vrijwilligerswerk) maar dat reflectie daarbij noodzakelijk is (Jacoby & Howard, 2015).

CEL-onderwijs kan gaan om zowel klinisch als niet-klinisch onderwijs. In de VS worden klinische CEL-activiteiten vaak uitgevoerd in een lokaal gezondheidscentrum of op een plek waar mensen zorg krijgen die anders geen toegang hebben tot de gezondheidszorg (bijvoorbeeld daklozen of onverzekerden) (Ng et al., 2021). In de Nederlandse setting vallen dit soort onderwijservaringen doorgaans onder coschappen in de Oe of 1e lijn.

Niet-klinisch CEL-onderwijs kan bestaan uit allerlei activiteiten. Het kan gaan om eenmalige ontmoetingen of excursies, bijvoorbeeld een rondleiding in een achterstandswijk of bezoek aan een verpleeghuis (Miller et al., 2017). Bij dergelijke activiteiten spreken studenten met bewoners, vrijwilligers of professionals en krijgen ze soms een voorbereiding of een opdracht mee (bijvoorbeeld het geven van een presentatie aan een bepaalde doelgroep).

Niet-klinisch CEL-onderwijs kan ook gaan om onderwijs waarbij studenten meerdere dagen meedraaien bij een organisatie en meehelpen bij allerlei activiteiten zoals voorlichting geven, helpen bij een voedselbank, of activiteiten organiseren voor kinderen. Maar het kan ook gaan om meer academische opdrachten of onderzoeken die worden ingebracht door maatschappelijke partners en waarin studenten samen met die partners op zoek gaan naar antwoorden. Hierbij kun je denken aan het opstellen van een gezondheidsprofiel van een wijk of een gemeenschap, met aanbevelingen voor de organisatie (Comeau et al., 2019). Belangrijk is wel dat de activiteiten gelegenheid bieden voor studenten om bewoners, vrijwilligers en professionals te ontmoeten en met elkaar in gesprek te gaan.



Mechanismen van leren bij CEL-onderwijs

Hoewel er veel artikelen geschreven zijn met voorbeelden en effecten van CEL-onderwijs ontbreekt het vaak nog aan een theoretische onderbouwing. Het is niet altijd duidelijk welke elementen van CEL-onderwijs van invloed zijn op de leeruitkomsten en effectiviteit van het onderwijs.

Op basis van literatuur noemen Ellaway et al. (2016) een aantal leer-mechanismen:

- **Het verbinden van theorie aan het dagelijks leven:**
CEL biedt veel mogelijkheden om theoretische en soms abstracte kennis (zoals sociale determinanten van zorg) te verbinden aan ervaringen in het dagelijks leven.
- **Onderdompelen in de community:**
CEL-ervaringen bieden studenten de gelegenheid om zich 'onder te dompelen' of op te gaan in allerlei facetten die van belang zijn voor (de gezondheid) van een community. Zo kunnen ze uit eerste hand de effecten zien van bijvoorbeeld armoede en uitsluiting. Het blijkt dat dit met name de attitude en overtuigingen van studenten kan beïnvloeden.
- **Ervaringen die in de kliniek niet toegankelijk zijn:**
door CEL-onderwijs komen studenten in aanraking met het dagelijks leven van patiënten en met het werk en de activiteiten van professionals en organisaties buiten het ziekenhuis.
- **Maatschappelijk handelen/verantwoordelijkheid:**
door het uitvoeren van activiteiten, bieden van hulp, of het uitvoeren van opdrachten voor maatschappelijke partners en daar direct de impact van te zien, biedt CEL studenten de gelegenheid om maatschappelijke betrokkenheid en verantwoordelijkheid te ontwikkelen.

Ontwikkelen van CEL-onderwijs in 5 stappen

Bij het ontwikkelen van CEL-onderwijs komen andere dingen kijken dan bij regulier onderwijs. Vooral het vinden van goede partnerorganisaties is cruciaal. Hieronder staat in vijf stappen uitgewerkt hoe je tot een onderwijsconcept en goede samenwerking komt (gebaseerd op 'Starting community engaged learning in 5 steps' van het Centre for Global Challenges van de Universiteit Utrecht en de verschillende documenten die daarbij ontwikkeld zijn).

→ Stap 1 Bepaal het thema en de plaats in het curriculum

Stel vast op welk maatschappelijk thema (bijvoorbeeld werken aan gezondheidsverschillen) je je met het CEL-onderwijs wilt richten. Bij het kiezen van een thema is het belangrijk dat dat niet alleen vanuit academisch oogpunt als relevant wordt gezien. Vinden maatschappelijke partners jouw thema ook van belang? En wat zien zij daarvan in hun eigen praktijk? Een wijkteam ziet bijvoorbeeld cliënten die moeite hebben om hun arts te begrijpen en gezondheidsadviezen op te volgen. Voor hen is het relevant om geneeskundestudenten met deze problematiek kennis te laten maken vanuit het perspectief van de wijk. Vervolgens kijk je naar het curriculum. Zijn er mogelijkheden om CEL-activiteiten in bestaand onderwijs te integreren? Of gaat het om het ontwikkelen van nieuw onderwijs? Waar zou CEL in dat geval een plek kunnen krijgen in het curriculum?

→ Stap 2 Leerdoelen

De leerdoelen van CEL-onderwijs kun je uitwerken in verschillende termen:

- kennis (over het specifieke maatschappelijke thema)
- bewustwording (verantwoordelijkheidsgevoel, openheid, empathie)
- vaardigheden (samenwerken, communicatie)

Uiteraard moeten de leerdoelen in lijn zijn met de algemene leerdoelen van het curriculum.



Het is belangrijk om stil te staan bij wat de meerwaarde van CEL kan zijn in het bestaande onderwijs en wat studenten kunnen leren van de interactie met partners en burgers in de community. Omdat het om ervaringsgericht leren in een echte praktijk gaat, is het belangrijk om de leerdoelen flexibel te houden. Immers, studenten zullen niet op alle community-plekken dezelfde ervaringen en ontmoetingen hebben. Je zou studenten ook eigen leerdoelen kunnen laten formuleren, zodat ze vooraf stil staan bij wat zij willen bereiken tijdens het onderwijs.

Centraal bij CEL staat een gelijkwaardige en wederkerige relatie met maatschappelijke partners. Dat betekent dat er ook bij het opstellen van leerdoelen, rekening moet worden gehouden met wat de samenwerkingspartners willen bereiken met het onderwijs (zie de stappen hierna).

→ **Stap 3 Zoek partners**

Voor CEL-onderwijs zijn goede maatschappelijke partners cruciaal. Vaak start je met het zoeken in bestaande netwerken. Veel universiteiten hebben al samenwerkingsverbanden met maatschappelijke partners, bijvoorbeeld in onderzoek, wetenschapsknooppunten of living labs/research hubs. Die zou je ook kunnen benutten voor onderwijs. Voor preventieonderwijs kan de gemeente een interessante plek zijn om een netwerk uit te breiden (denk bijvoorbeeld aan samenwerking met wijk- en buurtteams). Eventueel kun je ook gebruik maken van netwerken van studenten zoals die van de IFMSA.

Motivaties van organisaties om mee te werken aan CEL-onderwijs:

- Profiteren van extra hulp in de organisatie
- De frisse blik en het perspectief van een buitenstaander
- Nieuwe ideeën en energie van studenten
- Toegang tot expertise en bronnen vanuit de faculteit
- En afhankelijk van het type project: de impact die het onderwijs kan hebben op de mensen in de community.

Ervaringen in het UMC Utrecht leren ons dat veel organisaties openstaan van een samenwerking met de medische faculteit, maar dat het niet altijd duidelijk is voor hen welke rol zij kunnen spelen in het opleiden van toekomstige artsen. En andersom: wat geneeskundestudenten voor hen kunnen betekenen. Daar moet dus expliciet aandacht aan worden besteed.

→ **Stap 4 Bespreek hoe je gaat samenwerken**

Belangrijk is om de tijd te nemen om partnerorganisaties te leren kennen. Wat doet de organisatie precies? Wat is hun visie en missie? Wat verwachten zij van de studenten? Vervolgens is het belangrijk om af te stemmen welke verwachtingen er vanuit de opleiding zijn over de begeleiding van studenten, het faciliteren van onderwijsactiviteiten, de tijdsinvestering, mogelijke kosten, de beoordeling van studenten etc. Het is ook belangrijk om aan te geven welke ruimte organisaties hebben om bijvoorbeeld het onderwijsprogramma aan te passen. Geef daarbij duidelijk aan wat ze van de opleiding kunnen verwachten, hoe de communicatie plaatsvindt, wie de contactpersonen zijn etc. Als er besloten is tot samenwerking kun je dit eventueel vastleggen in een overeenkomst.

→ **Stap 5 Onderwijsontwerp**

Net als bij elk onderwijsontwerp, zijn er ook bij het ontwerpen van CEL-onderwijs een aantal aandachtspunten.

Vorbereiding

Voor studenten is het belangrijk dat er een praktische voorbereiding is waarbij ze meer informatie krijgen over de organisatie, de doelgroep en de activiteiten; maar ook over de bereikbaarheid, de contactpersonen etc. Daarnaast is het belangrijk dat ze van tevoren stilstaan bij hun eigen verwachtingen en nadenken over wat ze willen leren of bereiken gedurende het CEL-onderwijs (Jacoby & Howard, 2015). Tegelijkertijd moeten ze op de hoogte zijn van wat er vanuit de opleiding van hen wordt verwacht en hoe dit onderwijs aansluit bij het reguliere (academische en klinische) onderwijs.



Reflectie

Reflectie neemt een centrale plek in binnen CEL-onderwijs. Het zorgt voor verbinding tussen de ervaringen en leren. Het is belangrijk dat reflectie is geïntegreerd in de CEL-ervaringen (bijvoorbeeld door bepaalde opdrachten) en dat er een samenvattende reflectie is aan het eind van de ervaring. Denk goed na over hoe je reflectie zó kunt vormgeven dat het studenten ondersteunt bij het vinden van betekenis in hun ervaringen. En dat studenten het niet zien als iets extra's of losstaands, maar inzien dat juist in de reflectie een belangrijk deel van het leren plaatsvindt.

Beoordeling

Beoordeling van het CEL-onderwijs hangt nauw samen met de leerdoelen en de activiteiten. Vaak wordt er een combinatie van verschillende methoden gebruikt om CEL-onderwijs te beoordelen. Denk aan verslagen, presentaties, actieve deelname en reflectie. Elke methode kan inzicht geven in een ander leerdoel van het onderwijs. Zo kun je beoordelen of studenten de theorie uit de academie kunnen toepassen in de praktijk en andersom of ze betekenis kunnen geven aan de CEL-ervaringen en deze kunnen vertalen naar de academie, de kliniek en hun eigen professionele identiteit.

Het werken in een community-setting vraagt specifieke vaardigheden. Denk aan communicatievaardigheden, samenwerken, inlevingsvermogen maar ook het vermogen om een inschatting te maken van de relevantie van een mogelijk eindproduct voor de partner. Als je daar inzicht in wilt krijgen, heb je input van de community-partners nodig. In dat geval is het belangrijk dat zij weten wat er van hen wordt verwacht en dat de partners de middelen (tijd, personeel) hebben om dat te kunnen doen.



Foto: Thirza Luijten



Evaluatie

Net als elk ander onderwijs moet ook CEL-onderwijs geëvalueerd worden. Hier zitten verschillende aspecten aan.

- **Uitkomst-evaluatie:** wat is de impact van het onderwijs op studenten, partners, mensen in de community en op docenten? Zijn de gewenste doelen behaald? Doorgaans wordt de impact op de korte termijn geëvalueerd (Kirkpatrick: reactie en leren). Het zou mooi zijn als er een manier wordt gevonden om ook de impact op langere termijn te evalueren. Gaan studenten anders handelen in de medische setting? Hebben ze meer aandacht voor sociale determinanten, preventie of kwetsbare groepen?
- **Procesevaluatie:** probeer tijdens het onderwijs op de verschillende plekken inzicht te krijgen in wat er goed gaat en wat beter kan. Lukt het overal om de geplande onderwijsactiviteiten uit te voeren? Waar lopen de studenten en de partners tegenaan? Waar mogelijk kun je tijdens het verloop van het onderwijs dingen aanpassen. Ook biedt een procesevaluatie context bij het interpreteren van de uitkomst-evaluatie van het onderwijs.

Besteed in de evaluatie ook aandacht aan de samenwerkingsrelatie. Hoe is die verlopen en ervaren? Was er sprake van gelijkwaardigheid en wederkerigheid? Maak ook een kosten-batenanalyse. CEL-onderwijs vraagt een grote tijdsinvestering en kan heel arbeidsintensief zijn. Is het onderwijs houdbaar op de lange termijn?

Tot slot

CEL-onderwijs is veelbelovend maar vraagt ook een grote investering. Zoals in het opbouwen en onderhouden van een netwerk. Bedenk dat je ook klein kunt beginnen. Bijvoorbeeld in de vorm van keuzeonderwijs of extra-curriculair onderwijs. Dat is een manier om samenwerking uit te proberen en (klein-schalig) te onderzoeken wat het onderwijs oplevert.

Als je eenmaal een goed netwerk hebt opgebouwd kan dat ook veel opleveren. Denk aan nieuwe onderwijsideeën of samenwerkingen op het gebied van onderzoek. Zo kan CEL-onderwijs een belangrijke rol spelen in het sterker met elkaar verbinden van universiteit, geneeskundeopleiding en samenleving.





3.2 Interprofessioneel samenwerken

Inleiding

In vrijwel alle verschillende vormen van preventie zullen artsen samenwerken met anderen. Als het gaat om vormen van preventie die goed zijn ingebed in bestaande zorgstructuren (bijvoorbeeld programma's voor gedragsverandering van individuele patiënten of vaccinatiecampagnes), zal het samenwerken sterk lijken op andere vormen van interdisciplinaire samenwerking in het medisch domein.

Preventie kan echter ook buiten de spreekkamer plaatsvinden, waarbij niet de gezondheid van een individuele patiënt maar van een (deel)populatie voorop staat. Waar naast medische factoren ook sociale determinanten van gezondheid en systeemfactoren een rol spelen. En waar artsen samenwerken met professionals buiten het medisch domein (sociaal werk, docenten, politici etc.) en met burgers. Samenwerken in deze vormen van preventieactiviteiten vraagt andere competenties van toekomstige artsen.

Waarom samenwerken bij preventie?

Hubinette heeft veel onderzoek gedaan naar de rol van health advocate. Deze rol wordt vaak ervaren als “overwhelming and challenging to enact.” Hubinette schrijft dat dit deels voortkomt uit het idee dat elke arts deze rol volledig zelfstandig moet kunnen uitvoeren. Maar uit haar onderzoek naar artsen die effectief als health advocate optreden, blijkt dat zij hun werk altijd uitvoeren in het collectief. Dit maakt de health advocate-taken beter behapbaar en vermindert het gevoel dat iemand alleen de kar moet trekken (Hubinette et al., 2014; 2018). Lingard (2009) pleit ervoor om competentie minder individualistisch en meer collectief te benaderen. Voor het functioneren van een team is het nodig om naar de competentie van het collectief te kijken.



Samenwerken in de geneeskunde

In de geneeskundestudie zien we competentie vaak als een individueel gegeven: iedere arts moet voldoende competent zijn om als arts te kunnen functioneren. In de zorg wordt bijna per definitie samengewerkt. Een van de 7 CanMEDS-rollen is dan ook die van 'samenwerker' (Frank et al., 2015).

Belangrijke competenties die horen bij de rol van 'samenwerker' zijn:

- Kennis van elkaars rollen, verantwoordelijkheden en de grenzen daarvan.
- Goede communicatievaardigheden, inclusief onderhandelingsvaardigheden en conflicthantering.
- Een bereidheid om samen te werken.
- Vertrouwen in de eigen competentie en in de capaciteiten van anderen.
- Wederzijds respect, wat inhoudt dat je andere zorgprofessionals kent en weet hoe zij bijdragen aan de zorg of het team.

Binnen de geneeskunde is er vaak sprake van interprofessionele samenwerking: samenwerking waarbij professionals zijn betrokken uit twee of meerdere beroepen (professies). Er zijn veel modellen die aspecten van interprofessionele samenwerking uitwerken. Een veelgebruikt model in het onderwijs is het framework van het Interprofessional Education Collaborative (IPEC). IPEC gaat uit van vier competentiedomeinen (zie kader) en heeft voor elk van deze domeinen concrete competenties uitgewerkt.

Als we in het onderwijs aandacht besteden aan samenwerkingscompetenties, worden deze doorgaans vanuit het individuele perspectief benaderd. Elke student moet kunnen laten zien dat hij competenties voor samenwerken beheerst (Langlois, 2020). Vervolgens gaan we ervan uit dat elke arts deze competenties kan toepassen in een team, ongeacht de context. Er is nog weinig aandacht voor het functioneren in teamverband, waarbij gekeken wordt naar de effectiviteit van het team als geheel in plaats van de kwaliteit van elke individuele speler in het team.

Four Core Competency Domains

Values and Ethics

Work with team members to maintain a climate of shared values, ethical conduct, and mutual respect.

Roles and Responsibilities

Use the knowledge of one's own role and team members' expertise to address individual and population health outcomes.

Communication

Communicate in a responsive, responsible, respectful, and compassionate manner with team members.

Teams and Teamwork

Apply values and principles of the science of teamwork to adapt one's own role in a variety of team settings.

<https://www.ipeccollaborative.org>

Collectieve competentie

Lingard heeft veel onderzoek gedaan naar de effectiviteit van teams in de gezondheidszorg. Zij geeft aan dat de volgende uitspraken gelden voor alle teams die zij onderzocht (Lingard, 2016):

- Competente individuen kunnen een incompetent team vormen.
- Teams kunnen competent zijn, zelfs als één teamlid incompetent is.
- Een incompetent teamlid kan het ene team laten ontsporen, terwijl een ander team gewoon blijft functioneren.
- Hetzelfde team kan competent zijn in de ene situatie en incompetent in een andere.

De effectiviteit van een team is meer dan de som van de competenties - volgens hun eigen professionele standaard - van de individuele professionals (Langlois, 2020). Een manier om hiernaar te kijken is vanuit het begrip collectieve competentie:

Collectieve competentie is de verdeelde capaciteit van een systeem, die niet eenvoudig kan worden herleid tot een individu. Het is dynamisch en sterk afhankelijk van de context.

Terugkomend op de uitspraken, legt Lingard (2016) uit: "Competente individuen kunnen incompetente teams vormen omdat teamwork meer is dan de som der delen. Voor teamwork zijn sociale interactie, gedeelde ervaring en impliciete kennis nodig. Zo kan een team competent zijn, zelfs als één lid incompetent is omdat het niet gaat om het individu zelf maar om de manier waarop het collectief op dat individu reageert. Ten slotte kan een team in de ene situatie competent zijn, maar in een andere niet, omdat collectieve competentie niet stabiel is maar zich ontwikkelt en voortkomt uit situaties met wisselende sociale relaties en materiële omstandigheden die het functioneren van het team op dat moment kunnen ondersteunen of juist beperken.

Belangrijke principes van collectieve competentie

Om als collectief competent te kunnen zijn, zijn drie principes van belang (Langlois, 2020):

1. Betekenis geven aan de gebeurtenissen op de werkvloer: het team of netwerk moet het gezamenlijk eens worden over de doelen die ze willen bereiken (shared understanding). Verder moet het voor iedereen duidelijk zijn hoe de context (bijvoorbeeld richtlijnen of sociale omstandigheden) het teamwork beïnvloedt.
2. Ontwikkelen en gebruiken van gezamenlijke kennis: dit is van belang voor goede communicatie. Een gezamenlijke kennisbasis versterkt de samenwerking en het onderlinge begrip.
3. Er moet een gevoel van onderlinge afhankelijkheid zijn: teamleden moeten beseffen dat keuzes die zij maken of activiteiten die zij uitvoeren, invloed hebben op het werk van de andere teamleden. Daarvoor is het belangrijk dat zij elkaars taken en rollen in het team en elkaars bijdragen aan het team goed kennen.



Samenwerken bij preventie en health advocacy

Hubinette (2014) concludeert dat effectieve health advocates werken in een collectief. Werken in een collectief is belangrijk omdat je daardoor kunt samenwerken met mensen met andere (professionele) achtergronden, perspectieven en vaardigheden en niet elk individueel lid competent hoeft te zijn in alle benodigde taken. Daarbij is werken in een team belangrijk vanwege onderlinge steun en de resources die anderen kunnen bieden (netwerk, toegang tot financiën).

Als het gaat om preventie in de medische setting, is er vaak sprake van formele teams van professionals met duidelijk gedefinieerde rollen en functionele, taakgerichte doelen. In deze setting zal samenwerken en teamwork vergelijkbaar zijn met interprofessioneel samenwerken in een klinische setting.

Bij preventie kan samenwerken ook vorm krijgen in meer informele netwerken, gelegenheidsteams of denktanks buiten de medische setting. Hier is de achtergrond van betrokkenen vaak diverser (bijvoorbeeld qua werkveld of doelgroep). Ook zijn taken minder duidelijk gedefinieerd en staat de vorm of het proces waarin wordt samengewerkt niet vast.

Taken die je in de rol van health advocate kunt aannemen, zijn heel divers. Veel van die taken vallen ook buiten de algemene medische vaardigheden. Opvallend is dat een deel van de taken samenhangt met de maatschappelijke positie die je inneemt als arts. Bewustzijn van je (machts)positie en weten wanneer en hoe je die positie inzet, is bijvoorbeeld een belangrijke vaardigheid voor een health advocate. Dobson et al. (2015) hebben een overzicht gemaakt van andere belangrijke vaardigheden (abilities) voor het uitvoeren van de health advocate-rol ([zie tabel 1](#)).

Je kunt als individu nooit competent zijn in alle vaardigheden die worden geassocieerd met de rol van health advocate. Op het moment dat je gaat samenwerken is het daarom belangrijk te weten welke vaardigheden jij kunt inzetten vanuit jouw rol als arts (zowel inhoudelijk als door de maatschappelijke positie die je inneemt). Daarnaast is het belangrijk te onderzoeken welke taken jou als persoon liggen. Juist omdat werken als health advocate soms overweldigend kan zijn en veel taken een langetermijn inzet vragen, is het belangrijk om iets te doen wat bij je past en je interesse heeft.



Tabel 1:

Abilities of physician health advocates identified by 10 participating physician advocates, from a study of activities and abilities of effective health advocates, British Columbia, Canada, 2012-2013

(Dobson et al., 2015)

Abilities	Examples of how abilities were put to use
<i>Seeing the “bigger picture”</i>	- Identifying social determinants of health and their impact on the overall health of patients - Recognizing and acting on opportunities to address health inequities - Identifying gaps in access, care, support, follow-up
<i>Communication</i>	- Speaking out against status quo - Creating a safe environment for conversation - Actively listening/creating a personal rapport - Writing for lay audiences - Providing media interviews
<i>Persuasion</i>	- Seeking out individuals or organizations who can make changes to policies or procedures - Using favors/asking for favors - Drawing people in/getting others involved
<i>Leveraging social position</i>	- Endorsing causes - Using one's name/lending one's voice
<i>Putting ideas into action</i>	- Creating momentum - Mobilizing and coordinating people and teams - Delegating - Facilitating and supporting the work of others
<i>Using evidence</i>	- Reviewing literature and making evidence available to others - Linking the social to the biomedical to provide an opinion on next steps in care
<i>Working in teams</i>	- Amalgamating opinions from all team members to arrive at a considered opinion and plan - Brainstorming/problem solving
<i>Working in the community</i>	- Drawing on community/government resources - Building and maintaining links to the community - Seeking feedback from community



Een concreet voorbeeld

In het project 'Gelijke kansen op vaccineren' (uitgevoerd door het UMC) stond het concept van collectieve competentie centraal. Onderdeel van het project was: uitwerken wát zorgprofessionals kunnen doen om gelijke kansen op vaccineren te bevorderen. We gebruiken dit voorbeeld hier om inzichtelijk te maken hoe je het concept collectieve competentie kunt toepassen bij samenwerken in preventie.

Achtergrond van het project

Bij het aanbieden van vaccinaties spelen zorgprofessionals een belangrijke rol. Voor de gezondheid van iedereen is het belangrijk dat de vaccinatiegraad niet alleen zo hoog mogelijk is, maar ook zo gelijk als mogelijk (homogeen) verdeeld is over de bevolking. Om dat te bereiken, is het belangrijk na te gaan welke taken er liggen om aan het probleem te werken. Vervolgens kijk je welke rollen er vervuld moeten worden. Als zorgprofessional kun je verschillende rollen aannemen. Per rol zijn andere competenties nodig. Vaak combineren zorgprofessionals verschillende rollen. In dit voorbeeld heeft de World Health Organization een stappenplan gedefinieerd om de gelijke kansen op vaccineren te bevorderen (WHO, 2019). Hieruit volgen vier rollen voor zorgprofessionals: de gezondheidsbevorderaar, de gesprekspartner, de activist en de medisch adviseur. Bij elke rol hoort een aantal competenties (zie tabel 2)

Tabel 2: vier rollen voor zorgprofessionals

Rol	Omschrijving	Competenties
De gezondheidsbevorderaar	is actief of passief betrokken bij vaccineren en heeft vanuit zijn of haar positie een (soms ongevraagde) rol.	- Begrijpt waarom het voor de publieke gezondheid van groot belang is dat de vaccinatiegraad hoog en homogeen verdeeld is - Is zich voortdurend bewust van de eigen rol en invloed, en maakt hier op een verantwoorde manier gebruik van, zeker ook in het publieke debat en op (sociale) media - Signaleert wanneer patiënten of groepen gebaat zijn bij een andere benadering, en past de handelswijze hierop aan
De gesprekspartner	gaat actief in gesprek met een specifieke doelgroep, zoals artsen op straat in verschillende steden, of medewerkers bij een telefonische informatiedienst.	- Heeft voldoende kennis om gesprekken over vaccineren te voeren en vragen te beantwoorden - Kan inschatten waar de andere partij behoefte aan heeft, en sluit hier qua communicatie, taalgebruik en gesprekstechniek op aan - Gaat gevraagd maar vooral ook ongevraagd in gesprek en kan in korte tijd een vertrouwensband opbouwen
De activist	vraagt actief aandacht voor doelgroepen die achterblijven in vaccinatiegraad. De activist mengt zich bijvoorbeeld in het publieke debat of komt op voor een specifieke doelgroep.	- Signaleert in eigen praktijk welke groepen achterblijven en adresseert het probleem bij relevante partners - Denkt buiten de kaders of betreft anderen om buiten de kaders te denken, en zet anderen strategisch in om het doel te bereiken - Vormt een netwerk met anderen, binnen en buiten het ziekenhuis, om gezamenlijk het doel te bereiken
De medisch adviseur	adviseert vanuit een specifieke positie, bijv GGD of RIVM, over vaccineren op gemeentelijk of landelijk niveau, en werkt vanuit die positie nauw samen met de activist.	- Adviseert inhoudelijk over de te kiezen vaccinatiestrategie en communicatiemiddelen, waarbij de volksgezondheid voorop staat - Zorgt dat adequate scholing en instructies voor andere zorgprofessionals aanwezig zijn - Signaleert op basis van data welke groepen achterblijven, kijkt of het achterblijven van deze groepen specifieke risico's met zich meebrengt en werkt samen met een netwerk binnen en buiten het ziekenhuis aan passende interventies

Individuele en collectieve competentie

De rol van gezondheidsbevorderaar wordt beschouwd als de basisrol die iedere zorgprofessional hoort uit te kunnen voeren. Afhankelijk van hun positie, interessegebied en competenties nemen zorgprofessionals ook andere rollen in.

In een samenwerkingsverband of netwerk zijn alle rollen én alle competenties nodig om tot een goed resultaat te komen. De competenties kunnen van verschillende personen komen, het is dus niet nodig dat elke professional alles wat bij een specifieke rol staat goed kan. Wel is het belangrijk dat alle deelnemers goed inzicht hebben in wat zij kunnen bijdragen in het netwerk: zo kun je tijdig identificeren welke competenties ontbreken, en op zoek gaan naar mensen die een specifieke bijdrage kunnen leveren. Dat hoeven niet per se zorgprofessionals te zijn, andere professionals zijn ook nodig. Bijvoorbeeld communicatiedeskundigen, projectcoördinatoren, sleutelpersonen en de doelgroep zelf (van den Berg et al., 2023).



Aandachtspunten bij het ontwikkelen van onderwijs over interprofessioneel samenwerken bij preventie

Samenwerkingsvaardigheden: individu en collectief

Aan het eind van de geneeskundeopleiding moet elke student op individueel niveau een basisset aan competenties hebben die hem of haar tot arts maakt. Daarbij hoort ook dat elke student over samenwerkingscompetenties beschikt. Deze competenties, zoals het kennen van elkaars rollen en verantwoordelijkheden, en communicatievaardigheden als onderhandelen en conflicthantering, zijn in verschillende frameworks concreet uitgewerkt (bijvoorbeeld IPEC) met voorbeelden voor mogelijke onderwijsvormen (bijvoorbeeld FMS: werkvormen interprofessioneel opleiden (Looman et al, 2022)).

We kunnen deze competenties vertalen naar leerdoelen en dit toepassen in de context van preventie. Vervolgens moeten we studenten individueel beoordelen om vast te stellen dat zij over deze vaardigheden beschikken.

Tegelijkertijd moeten we in ons preventieonderwijs studenten leren dat artsen die effectief de rol van health advocate vervullen dit vaak in een collectief doen. We moeten hen bewust maken van de collectieve component van samenwerken. In een samenwerkingsverband of netwerk zijn alle rollen én alle competenties nodig om tot een goed resultaat te komen, en deze rollen/competenties hoeven niet door één persoon vervuld te worden. Op deze manier leren we hen ook hoe je de rol van health advocate hanteerbaar kunt houden.

Hoe werken teams?

Het is belangrijk om studenten basiskennis te geven over hoe teams werken. Je kunt daarbij de volgende aspecten behandelen:

- **Bijdrage als professional:** vaak komen de taken en rollen die je hebt in een team voort uit je bijdrage als arts.
- **Bijdrage als persoon:** ook persoonlijkheid en gedrag hebben invloed op je rol in een team. Voor een succesvol team heb je een mix aan verschillende typen persoonlijkheden en gedrag nodig. Hierover bestaan veel theorieën met allerlei indelingen, zoals:
 - **Belbin team rollen:** Belbin heeft een indeling gemaakt op basis van bepaalde type gedrag in verschillende teamrollen zoals actiegerichte rollen, denkrollen en mensgerichte rollen.
 - **Kleurentheorie van Carl Jung:** Jung gebruikt kleuren om verschillende typen persoonlijkheden te beschrijven. Hij baseert zijn indeling van vier kleuren op twee dimensies: introversie versus extraversie en denken versus voelen.

Belangrijk is dat studenten leren dat deze aspecten losstaan van je rol als professional. Voor het functioneren van het team (maar ook voor jezelf) is het belangrijk om je eigen persoonlijkheid en gedrag te kennen. Daarnaast helpen deze theorieën om het gedrag van teamleden te begrijpen en effectief samen te werken.

In het onderwijs zou je dit kunnen oefenen in workshops waarin deze theorieën ter sprake komen. Tijdens zo'n workshop kunnen studenten zichzelf en anderen herkennen in rollen, en samen taken uitvoeren. Vervolgens laat je hen reflecteren op het proces: wat hebben ze geleerd over hun rol?



→ **Collectieve component:** het is belangrijk dat je ook de collectieve component van teamwerk uitlegt ('de som van de individuele competenties van teamleden is niet altijd gelijk aan de collectieve competentie van een team'). Het gaat erom hoe de competenties samenkomen en elkaar versterken binnen een team. De belangrijkste voorwaarden voor de collectieve competentie van een team zijn:

- Gezamenlijk betekenis geven
- Gezamenlijke kennisbasis
- Besef van afhankelijkheid

In het onderwijs kan de theorie van samenwerkend leren (collaborative learning) waardevol zijn. In de volgende paragraaf gaan we daar uitgebreider op in.

→ **Randvoorwaarden:** voor het slagen van een team moeten randvoorwaarden op orde zijn. Denk hierbij aan een ondersteunende omgeving (bijvoorbeeld toegang hebben tot de juiste middelen) en een veilige sfeer waarin vertrouwen in en respect voor elkaar centraal staan.

Samenwerkend leren

Samenwerkend leren (collaborative learning) is een leerstrategie waarin studenten samen werken naar een gezamenlijk doel en waarin ze verantwoordelijk zijn voor hun eigen leerproces én dat van elkaar. Bij samenwerkend leren snijdt het mes aan twee kanten: inhoudelijk draagt het bij aan diepere vormen van leren (bijvoorbeeld critical thinking). Tegelijkertijd bouwen studenten, door aan een gezamenlijke uitkomst te werken, samen kennis op en geven ze samen betekenis aan de leerinhoud (Kaufman, 2018). Dat sluit nauw aan bij de voorwaarden die nodig zijn voor effectieve collectieve competentie.

Je bereikt samenwerkend leren niet vanzelfsprekend door studenten in groepjes te laten werken. Je moet bij het ontwikkelen van leeractiviteiten rekening houden met de volgende sleutelbegrippen:

- **Positieve wederzijdse afhankelijkheid:** studenten moeten ervaren dat zij elkaar nodig hebben om de opdracht te vervullen en de leerdoelen te behalen. Dit kun je bijvoorbeeld bereiken door studenten verschillende toegang tot bronnen te geven (ze hebben elkaar nodig om alle informatie te vergaren) of door studenten expliciet verschillende taken of rollen te geven.
- **Individuele aanspreekbaarheid:** iedere student moet aanspreekbaar zijn op de eigen bijdrage en op het groepsresultaat als geheel. Als docent kun je hier op verschillende manieren invulling aan geven. Je kunt bij de terugkoppeling van een opdracht bijvoorbeeld zelf bepalen welke student terugrapporteert (iedereen moet voorbereid zijn). Of je laat in het eindproduct de bijdragen van elke afzonderlijke student zichtbaar maken (bijvoorbeeld door tekstkleur).
- **Directe interactie:** studenten moeten direct met elkaar communiceren om elkaars leeropbrengst te versterken, elkaar te ondersteunen, elkaar vragen te kunnen stellen etc. Het leren krijgt vorm in de interactie (Van Ast et al; 2021). Als docent moet je dit mogelijk maken door tijd in het rooster en (fysieke) ruimte beschikbaar te stellen.

Bij het ontwikkelen van onderwijs over preventieactiviteiten kun je deze principes van samenwerkend leren inbouwen. Zo kun je studenten in preventie-onderwijs ervaring laten opdoen met kritische succesfactoren van collectieve competentie.

Interprofessional education

Bij interprofessioneel onderwijs leren en werken professionals of studenten uit verschillende disciplines samen, met als doel de kwaliteit van zorg te verbeteren. Deelnemers leren met, van en over elkaar. Het gaat zowel om actief als interactief leren.



Vaak is de inhoud van IPE gerelateerd aan interprofessionele samenwerking maar dat hoeft niet. Je kunt studenten ook vanuit hun verschillende professionele perspectieven naar onderwerpen of problemen laten kijken, waardoor ze kennis kunnen maken met elkaar perspectief en aanpak. Het gaat erom dat je bewust lerenden vanuit verschillende professies samenbrengt.

Voor onderwijs over preventie kunnen we denken aan interprofessioneel onderwijs waarin studenten uit het medisch en sociaal domein samenkomen of waarin ze samen leren met (toekomstige) beleidsmakers. Belangrijk is om activiteiten te ontwikkelen waar iedere deelnemende groep evenveel aan kan bijdragen en van kan leren. Bovendien moeten de onderwerpen aansluiten bij interesses, deskundigheid en behoeften van de deelnemers.

Er zijn veel websites en toolkits waar je concrete voorbeelden van interprofessioneel onderwijs en werkvormen kunt vinden. Twee voorbeelden hiervan zijn:

- [Website van het Interprofessional Education Collaborative \(IPEC\)](#)
- [Toolbox Interprofessionele Werkvormen](#)
Hogeschool Arnhem Nijmegen & Radboud UMC.

Tot slot

In de gezondheidszorg en in de geneeskundeopleiding is veel aandacht voor (interprofessioneel) samenwerken. Wat samenwerken in het kader van preventie bijzonder maakt is de context waarin wordt samengewerkt. Die ligt vaak buiten de medische setting, met teams of netwerken die veel verschillende perspectieven vertegenwoordigen en waar taken en activiteiten (nog) niet vastliggen.

Bij die context past een collectieve benadering van samenwerkingscompetenties. Deze benadering staat haaks op individuele benadering van competentie zoals die nu centraal staat in het onderwijs. Er is dan ook nog niet veel literatuur over effectieve onderwijsactiviteiten. In ons onderwijs zullen we daarom aandacht moeten besteden aan het expliciet maken van collectieve competentie en studenten gelegenheid moeten geven hiermee te oefenen en vaardigheden op te doen. We zullen ons onderwijs goed moeten evalueren om inzichten op te doen over wat hierin werkt en wat niet.





3.3 Omgaan met een gebrek aan rolmodellen

Inleiding

Binnen het medisch onderwijs is leren van rolmodellen een invloedrijke onderwijsmethode. Dit geldt vooral bij werkplekleren tijdens klinische stages zoals de coschappen (Horsburgh & Ippolito, 2018). De definitie van een rolmodel in deze context is: iemand die expert is, als zodanig ook bekendstaat, en die een positie heeft die anderen willen bereiken of als voorbeeld zien (Emilia et al., 2023).

Rolmodellen hebben verschillende dimensies. We lichten er hier twee toe:

- De symbolische waarde
- De gedragsdimensie

De symbolische waarde van rolmodellen hangt samen met sociale identificatie: het proces waarin studenten zich herkennen in iemand die zij bewonderen of die een positie bekleedt die zij ambiëren. Vanuit deze dimensie vormen rolmodellen een bron van inspiratie, ze vertegenwoordigen wat er mogelijk is, en geven een gevoel van 'erbij horen'. De symbolische waarde van rolmodellen speelt een belangrijke rol in het debat over inclusieve opleidingen (Spaans et al., 2023).

In het onderwijs gaat de meeste aandacht uit naar de gedragsdimensie. Als aan de juiste voorwaarden wordt voldaan (zie later in deze handreiking), leren studenten gedrag van rolmodellen door ze te observeren en met ze te praten. In het medisch onderwijs dragen rolmodellen vanuit deze dimensie bij aan twee leerprocessen:

- Het ontwikkelen van een professionele identiteit (Cruess et al., 2014).
- Het ontwikkelen van zelfeffectiviteit door plaatsvervangend leren (Mann et al., 2011).

In deze handreiking richten wij ons voornamelijk op de gedragsdimensie van rolmodellen.

Het ontwikkelen van een professionele identiteit

Gedurende de opleiding zullen studenten steeds meer 'denken, handelen en zich voelen als een arts'. Ze doorlopen een socialisatieproces waarin hun professionele identiteit wordt gevormd.

"A physician's identity is a representation of self, achieved in stages over time during which the characteristics, values, and norms of the medical profession are internalized, resulting in an individual thinking, acting, and feeling like a physician." (Cruess et al., 2014)

Door het internaliseren van geldende waarden en normen leert iemand te functioneren in een specifieke beroepsgroep. De geldende waarden en normen voor artsen komen deels voort uit een ideaalbeeld van de 'goede arts'. Dit ideaalbeeld wordt beïnvloed door omstandigheden binnen en buiten de geneeskunde (Cruess et al., 2014) en kan over de tijd veranderen. Tijdens de opleiding leren we studenten te doen (denken en handelen) als een arts. Gedurende het socialisatieproces van het vormen van de professionele identiteit zullen ze zich uiteindelijk een arts gaan voelen. 'Doen' wordt 'zijn' (Cruess et al., 2014).

Diverse leeromgevingen zijn van invloed op de vorming van een professionele identiteit, waaronder het klaslokaal of de collegezaal, familie en vrienden, en het zorgsysteem zelf. Maar het meeste invloed hebben rolmodellen, mentoren en patiëntinteracties tijdens klinische en niet-klinische ervaringen (Cruess et al.,





2015).

Zelfeffectiviteit en plaatsvervangend leren

Tijdens de opleiding willen we geneeskundestudenten bepaalde vaardigheden en gedrag aanleren. Een belangrijke voorspeller voor het al dan niet in de praktijk uitvoeren van het aangeleerde gedrag is zelf-effectiviteit (self efficacy): de mate waarin iemand zelf inschat dat hij/zij in staat is bepaald gedrag uit te voeren (Bandura 1977, in Clark & Lippe, 2022).

Zelfeffectiviteit kan op verschillende manieren worden versterkt. Bijvoorbeeld door oefening, feedback en reflectie. Bij praktijkleren (zoals tijdens de co-schappen) is een belangrijke rol weggelegd voor plaatsvervangend leren. Bij plaatsvervangend leren kun je iets leren door het observeren van anderen.

Plaatsvervangende ervaringen kunnen een positieve invloed hebben op de zelfeffectiviteit (Clark & Lippe, 2022). Hierbij nemen rolmodellen een belangrijke positie in. Door het gedrag van rolmodellen te observeren, te bespreken waarom ze op een specifieke manier handelen en te zien wat de uitkomsten van het gedrag van een rolmodel zijn (bijvoorbeeld het kunnen stellen van de juiste diagnose of tevredenheid van een patiënt), leren studenten dat gedrag ook zelf uit te voeren.



Rolmodellen en leren over preventie

De laatste jaren is in de gezondheidszorg steeds meer aandacht voor preventie en het voorkómen van ziekte, naast de focus op het behandelen van ziekte. Dit vraagt om artsen die buiten hun medische kaders kunnen denken, een actieve rol hebben in het bevorderen en beschermen van gezondheid en kunnen samenwerken met andere zorgprofessionals. Hiervoor is het belangrijk dat artsen preventie, zowel op het niveau van de individuele patiënt als op populatieniveau, als essentieel onderdeel beschouwen van hun arts-zijn. Daarnaast moeten zij over specifieke [competenties](#) beschikken om bij te dragen aan preventie.

Hoewel het belang van preventie inmiddels een prominente plek heeft gekregen binnen de eindtermen van de geneeskundeopleiding (Raamplan NFU, 2020) en ook wordt gesteld dat UMC's meer moeten investeren in effectieve preventie (NFU, 2021) zien we dit nog niet terug in de huidige klinische praktijk. En dat is van invloed op de mate waarin geneeskunde-studenten rolmodellen in de kliniek tegenkomen.

In een studie van Renting et al. (2017) geven artsen aan dat zij weinig voorbeelden uit de praktijk hebben als het gaat om de rol van [health advocate](#) (waar preventietaken onder vallen). De voorbeelden die zij bij supervisors zien, gaan niet verder dan het signaleren van problemen. Meer gevorderde aspecten van de rol van health advocate (zoals het invoeren van verbeteringen en het reageren op de behoeften van patiënten buiten het ziekenhuis) blijven in de klinische setting buiten bereik.

Het gebrek aan rolmodellen is ook wat Verhees et al. (2023) in een scoping review beschrijven als een van de aspecten die het leren over preventie in de praktijk belemmert. Dat is ook wat veel public health-docenten (bijvoorbeeld in het UMC Utrecht) terug horen van de coassistenten; zij zien weinig voorbeelden van artsen die aandacht besteden aan preventie. Dat kan deels te maken hebben met de ziekenhuis-setting: een acute, intramurale context waar de nadruk ligt op 'cure', is niet de setting waar je snel artsen zult vinden die zich bezighouden met populatiegerichte preventie (Hays, 2018).

Een groot en belangrijk deel van de geneeskundeopleiding bestaat uit werkplekleren. Hierbij zijn we deels afhankelijk van rolmodellen om professioneel gedrag en vaardigheden te integreren in de professionele identiteit en het gedrag van studenten.

Vanuit public health- en preventieonderwijs moeten wij ons realiseren dat het krachtige onderwijsmiddel van leren van rolmodellen niet vanzelfsprekend voor deze onderwerpen opgaat. Het gevolg is:

- dat studenten niet vanzelfsprekend goede voorbeelden tegenkomen waaruit duidelijk wordt dat aandacht voor preventie hoort bij 'een goede dokter' zijn.
- dat studenten kennis en vaardigheden die nodig zijn voor preventief handelen niet kunnen leren door het te observeren bij en het te imiteren van rolmodellen. Zij kunnen daardoor ook minder zelfeffectiviteit opbouwen om dit gedrag zelf uit te voeren. Ook zien zij op de werkvloer niet wat de uitkomst van het gewenste gedrag is, en daardoor zullen zij minder gemotiveerd zijn het gedrag uit te voeren.



Hoe leren studenten van rolmodellen?

Bij het proces van leren van een rolmodel onderscheiden we vier fases (Horsburgh et al., 2018):

1. Attention (aandacht)

Studenten moeten het gedrag waarvan je wilt dat ze het kopiëren 'zien'. Dat betekent dat studenten aandacht voor dat gedrag moeten hebben om het te kunnen herkennen en vervolgens observeren bij artsen in de praktijk. Uit onderzoek blijkt dat studenten meer aandacht hebben voor gedrag dat aansluit bij hun eigen ideeën over wat een goede dokter is (Horsburgh et al., 2018).

2. Retention (behoud, 'blijven hangen')

Studenten moeten het geobserveerde gedrag kunnen onthouden en dat moet 'blijven hangen'. Bijvoorbeeld door in hun hoofd te repeteren wat ze zouden moeten doen. In deze fase helpt het studenten als ze 'het waarom' achter bepaald gedrag begrijpen. Rolmodellen die uitleggen waarom ze doen wat ze doen, zijn daarom effectiever. In deze fase reflecteren studenten ook op de vraag: wat zou het uitvoeren van dit gedrag voor mij betekenen (Horsburgh et al., 2018)?

3. Reproduce (reproducen)

In deze fase zetten studenten de informatie over het nieuwe gedrag om in handelen/actie. Hiervoor is het belangrijk dat er gelegenheid is om het nieuwe gedrag te oefenen. Vaak hebben studenten hulp nodig om die gelegenheid te herkennen en te gebruiken voor hun leerproces. Rolmodellen en docenten kunnen hierbij helpen door studenten op dit soort gelegenheden te wijzen. Ook belangrijk is dat zij studenten feedback geven op het gedrag, om het nieuwe gedrag te versterken en te verbeteren (Horsburgh et al., 2018).

4. Motivation (motivatie)

Studenten moeten gemotiveerd zijn om gedrag te imiteren en uit te voeren. Ook hier speelt plaatsvervangend leren een rol: studenten kijken goed naar het effect van het gedrag. Bijvoorbeeld op klinische uitkomsten of positieve reacties van collega's of patiënten. Dat beïnvloedt de motivatie om het gedrag zelf uit te voeren. Daarom is het belangrijk dat studenten ook inzicht krijgen in de uitkomsten of gevolgen van het gedrag (Horsburgh et al., 2018). Verder is het voor de motivatie van belang dat het competentieniveau van het rolmodel en de student niet te ver uiteen liggen. Als studenten positieve gevolgen van het gedrag ook voor henzelf bereikbaar achten, zullen ze meer gemotiveerd zijn om het te leren (Clark & Lippe, 2022).



Aandachtspunten bij het ontwikkelen van onderwijs over preventie

Veel van het cursorisch medisch onderwijs krijgt vervolg in de praktijk. Vaardigheden die studenten hebben geoefend kunnen ze in de kliniek aanscherpen en verder ontwikkelen, onder meer via plaatsvervangend leren van rolmodellen. Theoretische kennis krijgt relevantie in de praktijk. Voor kennis en vaardigheden gericht op preventie kunnen we hier - zoals uit het bovenstaande blijkt - niet vanzelfsprekend vanuit gaan. Bij het ontwikkelen van onderwijs over preventie is het belangrijk rekening te houden met een aantal aspecten.

Krachtig cursorisch onderwijs

Het is belangrijk ons bij public health- en preventieonderwijs te richten op krachtig cursorisch onderwijs voorafgaand aan of naast het werkpleklernen. We moeten studenten vaardigheden leren om preventie te kunnen uitvoeren. Voor preventie op het niveau van individuele patiënten kun je denken aan [communicatietraining](#), bijvoorbeeld over motivational interviewing, waarin studenten oefenen met elkaar, met simulatiepatiënten of via digitale tools. Als studenten positieve ervaringen hebben, zal dat hun zelfeffectiviteit vergroten (Kaufmann, 2018).

Voor preventie gericht op een populatie kun je denken aan opdrachten waarin studenten theorie over bijvoorbeeld sociale determinanten van gezondheid en principes van preventie kunnen toepassen in een 'echte' situatie (Hays, 2018).

Denk bijvoorbeeld aan [CEL-activiteiten](#) zoals:

- een wijkscan of een stage in het sociaal domein.
- in opdracht van de gemeente of een andere organisaties actief aan de slag gaan met een gezondheidsprobleem dat daar speelt.

Naast onderwijs waarin vaardigheden worden aangeleerd, moeten we in ons cursorisch onderwijs expliciet maken dat aandacht voor preventie hoort bij een goede arts zijn (Cruess et al., 2015). We moeten ook duidelijk maken dat dit in de praktijk (nog) niet altijd zichtbaar is.

Het is belangrijk dat studenten reflecteren op het vormen van hun perspectief van een goede arts zijn (Cruess et al., 2015). Het vormen van dit perspectief wordt onbewust beïnvloedt door 'experiential learning': leren van dag-tot-dag ervaringen. Door te reflecteren op de praktijkervaringen (waar veel 'goede' artsen worden geobserveerd die niet expliciet aan preventie werken), kunnen impliciete boodschappen over wat het inhoudt om een goede arts te zijn, expliciet gemaakt worden. En kunnen we studenten helpen bewust te worden van wat zij belangrijk vinden versus wat zij in de praktijk ervaren.

Rolmodellen buiten het ziekenhuis en buiten de eigen professie

Natuurlijk zijn er professionals die wel aandacht besteden aan preventie op zowel het niveau van de individuele patiënt als op populatieniveau. Allereerst kunnen we denken aan de sociale geneeskunde waar alle aspecten uit het preventieraamwerk (signaleren en registreren, interveniëren en evalueren, op zowel individueel als populatieniveau) aan de orde komen. We kunnen studenten die het coschap sociale geneeskunde lopen, stimuleren om aandacht te hebben voor deze competenties. Binnen de setting van de sociale geneeskunde kunnen studenten rolmodellen observeren en bevragen, en kunnen we studenten de gelegenheid bieden om deze competenties zelf te oefenen en door te ontwikkelen.

Aanvullend moeten wij als docenten (samen met de coschap begeleiders) studenten helpen om het toepassen van preventievaardigheden, zoals geleerd in de sociale geneeskunde, daar waar relevant, te vertalen naar de klinische praktijk.

Daarnaast kunnen we kijken naar andere professionals als rolmodel voor preventievaardigheden. In ziekenhuizen functioneren coassistenten vaak in interprofessionele teams. We kunnen studenten stimuleren om te kijken naar welke professionals wel expliciet aandacht besteden aan preventie. Bijvoorbeeld verpleegkundigen, maatschappelijk werkers, fysiotherapeuten, diëtisten. Hoe



pakken deze professionals preventie aan? En hoe zouden studenten dat zelf in hun (toekomstige) medische praktijk kunnen toepassen?

Tenslotte kunnen we studenten stimuleren te vragen naar wat ze niet zien. Tijdens hun coschappen zijn studenten vooral betrokken bij het individuele contact tussen arts en patiënt. Dat is doorgaans niet de plek waar artsen taken uitvoeren die passen bij preventie op populatieniveau. Toch zijn er wel degelijk specialisten die zich hiermee bezighouden, alleen is dat niet altijd zichtbaar voor studenten. Een suggestie kan zijn om studenten de opdracht mee te geven om in gesprek te gaan met specialisten over de taken die zij uitvoeren naast directe patiëntenzorg. Welke taken zijn dat? En wat kunnen studenten daarover leren als het gaat om preventie?

Verbale en symbolische rolmodellen

In het medisch onderwijs gaan we uit van het principe dat studenten leren van rolmodellen die zij direct op de werkvloer kunnen observeren. Maar Bandura heeft aangetoond dat mensen ook leren via 'verbale' rolmodellen (iemand die het gedrag uitlegt of erover vertelt) en 'symbolische' rolmodellen (fictieve of echte personen die (gewenst) gedrag laten zien in boeken, films, op tv of in videogames) (Bandura 1976, 1985 In Bajcar & Babel, 2018).

In het preventieonderwijs zouden wij hier ook gebruik van kunnen maken. Denk aan rolmodellen die bekendheid hebben verworven met hun werk op het gebied van preventie zoals [Wanda de Kanter](#) (anti-tabak) of [Nico van der Lely](#) (Jeugd en alcohol). Maar je zou ook kunnen kiezen voor artsen die landelijk gezien minder bekend zijn, maar waarvan binnen het eigen opleidings-ziekenhuis bekend is dat zij zich inzetten voor preventie. Via interviews, podcasts of documentaires kunnen studenten kennismaken met het werk op het gebied van preventie dat deze artsen hebben uitgevoerd.

Bij de keuze van deze rolmodellen is het belangrijk rekening te houden met hoe studenten hen zien. De kans is groter dat studenten het gedrag van een rolmodel willen overnemen als het rolmodel wordt beloond voor het gedrag en als ze zich kunnen identificeren met het rolmodel (zowel qua persoon als

gedrag). Bij een rolmodel als Wanda de Kanter (waarvan het gedrag misschien onbereikbaar lijkt) is het daarom belangrijk om te laten zien dat achter haar een heel team van medewerkers en vrijwilligers staat (waaronder veel artsen) die (op een soms onzichtbare manier) bijdragen aan het succes van de anti-tabaks-lobby (een voorbeeld van [collectieve competentie](#) in een team).

Werkplekken voorbereiden

Ten slotte is het van belang dat we aandacht besteden aan de werkplekken waar studenten hun klinische stages lopen. Als wij willen dat studenten hun (theoretisch) geleerde vaardigheden op het gebied van preventie verder ontwikkelen in de praktijk, moet daar gelegenheid voor zijn. Coschap begeleiders moeten op de hoogte zijn van de leerdoelen en -activiteiten van de studenten. Idealiter is er sprake van teach-the-teacher: klinische begeleiders leren zelf over het belang van preventieactiviteiten en (indien nodig) leren vaardigheden om preventieactiviteiten uit te voeren, zodat zij zichzelf bekwaam voelen bij het begeleiden van studenten op dit gebied.

Tot slot

Het leren van rolmodellen is vaak een onbewust proces. Spaans et al. (2023) zagen in hun Nederlandse studie naar rolmodellen dat geïnterviewde alumni het moeilijk vonden om aan te geven wie tijdens hun opleiding, hun rolmodel- len waren en wat zij van hen hadden geleerd. Vaker bleek er sprake van een soort 'cherry picking' waarbij respondenten alleen dat gedrag overnamen dat zij zelf wenselijk en positief vinden.

Het is belangrijk dat wij studenten duidelijk maken hoe rolmodellen onbewust en bewust kunnen bijdragen aan hun ontwikkeling als arts. Wij kunnen hen stimuleren op zoek te gaan naar goede voorbeelden als het gaat om preventie- vaardigheden. We kunnen hen ook leren dat niet al het wenselijk gedrag in één rolmodel tot uiting hoeft te komen, maar dat studenten zelf, op basis van meerdere voorbeelden, hun eigen professionele identiteit kunnen ontwikkelen.





3.4 Transformative learning

Inleiding

Transformative learning (TL) (Mezirow (1978) in Kitchenham, 2012) is een leertheorie die inzicht geeft in een proces van leren van volwassenen. Als lerende krijg je te maken met een dilemma of een probleem dat je niet kunt oplossen met je 'oude' ideeën, kennis en vaardigheden. In het medisch onderwijs gaat het vaak om een klinische ervaring die onverwacht, moeilijk of pijnlijk kan zijn en die je referentiekader uitdaagt. Door gerichte reflectie op het probleem kun je oude ervaringen en ideeën omvormen (transformeren) tot nieuwe inzichten en gedrag (Cranton, 2016).

Transformative learning wordt beschouwd als de 'hoogste vorm' van leren. In tegenstelling tot het oppervlakkig aanleren van feiten, leidt TL tot onomkeerbare verandering van en in de student. TL is een vrijwillig proces, je kunt een verandering niet afdwingen bij studenten. Maar door bij het ontwikkelen van onderwijs rekening te houden met de theorie achter transformative learning kun je het TL-proces van studenten wel stimuleren.

Theorie achter transformative learning

De theorie achter transformative learning is behoorlijk abstract omdat het doorgaans niet gaat over het verkrijgen van kennis of vaardigheden. In plaats daarvan gaat het om minder concrete veranderingen in hoe mensen de wereld en hun eigen handelen betekenis geven. Binnen de TL-leertheorie wordt een transformatie doorgaans als iets 'groots' gezien, namelijk veranderingen in iemands wereldbeeld of leren dat leidt tot fundamentele veranderingen van iemands bestaande perspectief, aannames en inzichten. In de praktijk blijkt dat ook 'kleinere' veranderingen in inzicht of kennis als TL worden bestempeld.

Er zijn drie dimensies te onderscheiden waarin veranderingen kunnen plaatsvinden (Cranton, 2016):

- Psychologisch: veranderingen in begrijpen van en over jezelf.
- Overtuigingen: veranderingen in eigen overtuigingen (beliefsystemen).
- Gedrag: veranderingen in eigen gedrag en manier van leven.

Fases in transformative learning

In de TL-theorie onderscheiden we een aantal fases die lerenden doormaken. Mezirow (1978) beschrijft 10 fases. Je kunt deze fases samenvatten tot vier essentiële elementen (of stappen) van het leerproces (Vipler et al., 2021) die je ook in het ontwerpen van onderwijs kunt aanhouden.

Tabel 3 maakt duidelijk hoe de vier essentiële stappen zich verhouden tot de 10 fases van Mezirow).



Tabel 3: Essentiële elementen van het TL-proces

(Kitchenham, 2012; Vipler et al., 2021)

Essentiële stap	Fase (Mezirow, 1978)	Toelichting
→ Desoriënterend dilemma	1. Desoriënterend dilemma	Een gebeurtenis ('dilemma') die je dwingt om je aannames te heroverwegen.
→ Kritische reflectie	2. Zelfonderzoek	Reflectie op je eigen gevoelens en gedachten in reactie op het dilemma.
	3. Kritische beoordeling van aannames	Evaluatie van je diepgewortelde overtuigingen en waarden.
→ Dialogoog/rationeel discours	4. Erkenning dat anderen vergelijkbare ervaringen hebben gehad	Inzicht dat je niet alleen bent in je ervaring.
	5. Verkenning van nieuwe rollen, relaties en acties	Onderzoeken wat je nodig hebt (kennis, vaardigheden) om het probleem beter te begrijpen en wat je nu kunt doen.
	6. Actieplan maken	Een strategie bedenken om nieuwe dingen te leren en in de praktijk te brengen.
→ Actie	7. Kennis en vaardigheden leren voor de nieuwe rol	Uitvoeren van het actieplan.
	8. Proberen van nieuwe rollen.	Experimenteren met nieuwe vaardigheden, gedrag en rol (in de praktijk).
	9. Opbouwen van zelfvertrouwen in de nieuwe rol en relaties	Versterken van je vertrouwen in je nieuwe perspectief en gedrag.
	10. Integratie van nieuw gedrag/rol op basis van de nieuwe perspectieven	Volledige integratie van het nieuwe gedrag, de nieuwe rol en de nieuwe inzichten in de praktijk en/of het dagelijks leven.

→ **Desoriënterend dilemma**

Een desoriënterend dilemma is een vaak onverwachte situatie waarin een lerende ontdekt dat wat hij of zij in het verleden dacht of geloofde, misschien niet juist is. Dit is de start van TL: een 'aha-moment' waarop een lerende iets hoort of overweegt dat zij misschien nog niet eerder heeft begrepen. Dit desoriënterende dilemma kan ongemakkelijk of uitdagend zijn voor studenten, maar het is ook de belangrijkste aanleiding voor het TL-proces.

Mogelijkheden voor TL ontstaan wanneer je wereldbeeld wordt uitgedaagd. Dit gebeurt sneller in een onbekende omgeving; buiten je comfort zone. Denk aan kennismaken met voor studenten onbekende doelgroepen, bijvoorbeeld tijdens stages in het buitenland, omgaan met kwetsbare groepen of zorgen voor terminale patiënten. Onderwijs dat een desoriënterend dilemma kan oproepen is vaak actief onderwijs (klinisch, workshops) en maakt gebruik van bijvoorbeeld film, storytelling of simulatie. Vooral authentieke ervaringen in een realistische setting kunnen perspectieven uitdagen (o.a. Van Schalkwyk et al., 2019).

→ **Kritische reflectie**

Na een desoriënterend dilemma, volgt eerst een stap van introspectie. Lerenden doen zelfonderzoek naar hun overtuigingen en begrip en zij denken na (eerst voorzichtig, later meer kritisch) over ervaringen uit het verleden en hoe deze verband houden met dit desoriënterende dilemma. Dit kan leiden tot een verandering in perspectief, waarbij lerenden gaan inzien dat hun perspectief misschien niet het enige of het juiste perspectief is.

Door de juiste vragen te stellen kunnen we vanuit het onderwijs studenten meer inzicht geven in hun eigen begrip, overtuigingen en aannames.



Kritische reflectie kan gaan over:

- **Inhoud (content): wat is het perspectief?**

Vragen die docenten kunnen stellen: Wat weet je hierover? Wat voel je hierbij? Wat zijn jouw aannames in deze situatie?

- **Proces: hoe is iemand tot dit perspectief gekomen?**

Vragen die docenten kunnen stellen om inzicht te krijgen in het ontstaan van het perspectief of de aannames: Hoe komt het dat je jezelf zo ziet? Hoe dacht men in jouw omgeving hierover? Hoe ben je tot deze conclusie gekomen?

- **Premisse: waarom is dit belangrijk?**

Vragen die docenten kunnen stellen om bij de kern van de ideeën of aannames uit te komen: Waarom hecht je waarde aan die kennis? Waarom is het belangrijk wat je familie van jou denkt? Waarom wil je een ander een plezier doen (Cranton, 2016)?

Belangrijk is dat ervaringen, verbonden aan een desoriënterend dilemma, een vervolg krijgen. Een student kan dat zelf spontaan oppakken, maar je kunt hier ook bewust ruimte voor maken in het onderwijs. Bijvoorbeeld door schrijfp opdrachten te geven (dagboek, reflectieverslag).

→ **Dialogo/Rationeel Discours**

'Anderen' zoals medestudenten, docenten, mentoren, begeleiders en patiënten zijn belangrijk bij TL. Door de manier waarop anderen reageren op de ervaring van een lerende, kan een incidentele actie of ervaring opeens belangrijk worden en het proces van TL in gang zetten (Taylor & Snyder, 2012). Bijvoorbeeld doordat anderen erkennen dat een ervaring inderdaad 'moeilijk' was. Maar ook omdat anderen iets observeren bij een lerende dat voor de lerende in eerste instantie onbewust blijft.

In de dialoog-stap van TL zijn anderen belangrijk om ervaringen en perspectieven mee te delen. Welke ervaringen hebben medestudenten of docenten? Hoe denken zij daarover? Hoe zijn hun perspectieven ontstaan? Wat vinden zij belangrijk? En hoe verhoudt dat zich tot de perspectieven, ideeën en aannames van de lerende?

Bij deze stap hoort ook een verkenning van opties voor nieuwe rollen en acties. Studenten overwegen wat zij nodig hebben om het probleem beter te begrijpen. Vervolgens maken studenten een 'actieplan' om nieuwe vaardigheden of perspectieven te leren. Dit kan in een groepssetting met medestudenten of in individuele interacties met begeleiders, collega's, patiënten of medestudenten. Belangrijk is dat er sprake is van een veilige en betrouwbare setting waarin ruimte is om open informatie te delen en waarin het toegestaan is om kritisch te zijn (Taylor & Snyder, 2012).

Verder vraagt deze stap bepaalde communicatievaardigheden van studenten: empathisch luisteren, je rationeel en reflectief kunnen uitdrukken en bewustwording van de aannames van anderen (Van Schalkwyk, 2019).

Er zijn veel onderwijsvormen die behulpzaam zijn in deze stap. Naast een geleid groepsgesprek, kun je ook denken aan rollenspellen (met wisselen van rol), simulatie, debriefing sessies, en arts (kunst)-based onderwijs, zoals storytelling (Cranton, 2016).

→ **Actie**

TL heeft een sterke cognitieve component met de nadruk op reflectie. Maar binnen het geneeskundeonderwijs is het doel dat het zich ook vertaalt naar gedragsverandering (Van Schalkwyk, 2019). Wat de uiteindelijke gedragsverandering inhoudt, hangt af van het dilemma waarmee het TL-proces werd gestart.

Een voorbeeld: een lerende realiseert zich dat de gezondheidszorg moeilijk toegankelijk is voor mensen met lage gezondheidsvaardigheden. Als opleiders willen we dan zien dat de lerende uiteindelijk zelf bijdraagt (bijvoorbeeld in de spreekkamer) tot betere toegankelijkheid.

Daarom moet er in het onderwijs voldoende ruimte zijn om nieuwe kennis en vaardigheden op te doen en te oefenen met nieuwe rollen en perspectieven. Belangrijk is dat studenten zelfvertrouwen opbouwen om het nieuwe



gedrag uit te voeren en nieuwe perspectieven toe te passen en te integreren in het toekomstig handelen.

Zowel in de theorie als in de onderwijspraktijk blijft het belang van deze stap voor blijvende gedragsverandering onderbelicht. Cranton (2016) geeft in haar handboek wel enkele tips voor docenten om blijvende gedragsverandering bij studenten te ondersteunen.

Drie tips voor docenten

Je kunt in coachings-gesprekken aandacht besteden aan:

- Het stellen van een doel: wat wil de student concreet gaan doen?
- Nadenken over mogelijkheden en beperkingen: waar moet de student rekening mee houden als zij haar gedrag wil veranderen?
- Neem mee wat anderen denken: vaak hebben veranderingen ook effect op anderen. Je kunt studenten aanmoedigen feedback te vragen van anderen (bijvoorbeeld collega's): wat ervaren en vinden zij van jouw gedragsverandering?

Vaak ben je als docent maar beperkte tijd betrokken bij studenten en zal de gedragsverandering pas later in de praktijk zichtbaar worden. Het is belangrijk dat je studenten helpt bij dit proces, maar zij zullen het uiteindelijk zelf moeten doen.

TL-theorie toepassen in public health- en preventieonderwijs

Transformative learning gaat over een vorm van leren waarin iemands aannames, referentiekaders, rollen en perspectieven worden uitgedaagd.

TL-processen kunnen leiden tot studenten die:

- reflectiever zijn;
- inclusief denken ontwikkelen;
- meer openstaan voor verschillen in meningen;
- minder snel een (voor)oordeel hebben over situaties (o.a. Van Schalkwyk et al., 2019).

Transformative learning is sterk verbonden met leren over sociale ongelijkheid. Dit past goed bij de doelstellingen van public health- en preventieonderwijs.

Op welke verandering wil je aansturen?

Hoewel TL een proces is dat we niet kunnen afdwingen bij een student, kunnen we met een goed doordacht onderwijsontwerp TL wel stimuleren. Het is belangrijk om goed voor ogen te hebben welke verandering we willen stimuleren bij studenten. Het doel van het onderwijs is van invloed op de triggers (desoriënterende dilemma's) die je aanbiedt in het onderwijs.

Vanuit public health- en preventieonderwijs willen we studenten opleiden die:

- zich de rol van health advocate toe-eigenen;
- kunnen denken en handelen vanuit een populatieperspectief;
- de invloed van sociale determinanten van gezondheid begrijpen en daarnaar handelen;
- inzetten op preventie;
- interprofessionele vaardigheden bezitten.

Al deze competenties vragen een ander perspectief van studenten dan zij doorgaans in het klinische onderwijs aanleren.



Desoriënterende dilemma's

TL start met desoriënterende dilemma's. Het onderwijs moet voldoende ruimte bieden om dit aan te reiken. Dit kan door studenten kennis te laten maken met perspectieven en situaties die zij nog niet kennen. Het public health-vakgebied biedt daar verschillende kansen voor:

- het public health-werkveld speelt zich grotendeels af buiten de kliniek;
- gebruikt perspectieven en concepten die 'nieuw' zijn (zoals sociale determinanten van gezondheid, belang van preventie, populatie-perspectief);
- en kan doelgroepen bij de student introduceren die anders vaak onderbelicht blijven.

TL: doorlopen van het hele proces

Om uiteindelijk tot een echte transformatie te leiden, moeten alle TL-fases doorlopen worden. Als er sprake is van een desoriënterend dilemma, moeten we studenten ook stimuleren tot reflectie, dialoog en actie. Dit vraagt ten eerste een goed uitgewerkte onderwijsopzet:

- met stappen in reflectie (van bevragen en onderzoeken van eigen aannames tot onderzoeken van nieuwe rollen);
- waarbij er voldoende gelegenheid is voor uitwisseling met anderen;
- en voldoende doorlooptijd is om studenten de ruimte te bieden om uit te zoeken welke kennis en vaardigheden ze nodig hebben en te oefenen met nieuw gedrag (bijvoorbeeld in het coschap sociale geneeskunde, zie hieronder).

Begeleiding door docenten en begeleiders

Docenten en begeleiders zijn cruciaal. Daarom is het belangrijk dat docenten, onderwijsontwikkelaars en ook begeleiders op de werkvloer onderwijskundige expertise hebben over TL. Tegelijkertijd is het belangrijk dat zij inhoudelijke expertise hebben over wat we willen bereiken met het public health- en preventieonderwijs. De docent of begeleider moet zelf ook inzicht hebben in zijn/haar perspectief op de rol van health advocate. Of hoe je preventie in de kliniek kunt inzetten.

Kansen van coschap sociale geneeskunde

TL kan op twee manieren vorm krijgen in het coschap sociale geneeskunde. Ten eerste biedt het coschap veel aanknopingspunten voor de start van TL. Ten tweede zou het coschap ook een hele mooie plek kunnen zijn om vervolg te geven aan eerder gestarte TL-processen. Triggers ten aanzien van het belang van sociale determinanten van gezondheid, inzicht in het belang van preventie en het populatieperspectief, werken met kwetsbare groepen, dat zijn allemaal aspecten die op verschillende sociale geneeskunde coschap-plaatsen handen en voeten krijgen door de professionals die daar werken.

De public health-werkvloer biedt studenten een plek om hierover perspectieven uit te wisselen en bovenal vaardigheden en rollen te oefenen in een veilige omgeving.

Dit staat of valt met goede coschap-begeleiders. Dit betekent misschien dat wij coschap-begeleiders veel meer moeten meenemen in de leerdoelen die samengaan met de rol van health advocate en hen tools moeten geven hoe zij TL bij coassistenten kunnen stimuleren.

Tot slot

Deze handreiking geeft inzicht in het proces van transformatieve learning en de fases die daarbij horen. TL is een abstracte leertheorie die niet per se veel aandacht schenkt aan concrete onderwijsactiviteiten. Het biedt vooral aanknopingspunten voor de fundamentele dingen die je als onderwijsmaker in je onderwijsontwerp moet opnemen om studenten te stimuleren om tot verandering te kunnen komen.





3.5 Communicatie en leefstijladviezen

Inleiding

Bijna 20 procent van de ziektelast in Nederland wordt veroorzaakt door ongezond gedrag zoals alcoholgebruik, roken, ongezonde voeding en weinig beweging (NHG, 2024). Daarom zal elke arts gesprekken moeten kunnen voeren met patiënten over leefstijl en preventie.

Geneeskundestudenten en artsen in opleiding geven aan dat zij kennis missen over hoe zij een gesprek over leefstijl en gedragsverandering kunnen voeren. Ook geven zij aan in de praktijk weinig artsen te zien die leefstijladviezen en preventieve maatregelen structureel inzetten in de spreekkamer (Van Bemmelen, 2024; Verhees et al., 2023; Wessels, 2023).

Daarom is het belangrijk dat we in het cursorisch onderwijs onze studenten voldoende handvatten meegeven om zelfstandig in de praktijk in gesprek te gaan over leefstijl, gezond gedrag en preventie.

In gesprek gaan over leefstijl

Gedragsverandering ontstaat niet vanzelf 'omdat de dokter het zegt'. Het is een proces waarop motivatie van een patiënt veel invloed heeft. Die motivatie verandert in de tijd en door omstandigheden. Voor een effectief gesprek over gedragsverandering moeten studenten daarom weten welke fases er te onderscheiden zijn in gedragsverandering en wat ze kunnen doen in elke fase (zie figuur 1 en tabel 4).

De NHG (2024) heeft de volgende momenten aangewezen voor (huis)artsen om in gesprek te gaan over leefstijl:

- Bij leefstijl- en preventievragen van de patiënt zelf.
- Bij een nieuwe klacht of aandoening waarbij leefstijl een belangrijke rol speelt.
- Bij chronische klachten of aandoeningen waarbij leefstijl een belangrijke rol speelt (periodiek motivatie tot verandering peilen).
- Bij reeds ingezette leefstijlverandering (voortgang bespreken).
- Bij terugval of beëindiging van gezonde leefstijlactiviteiten.



Figuur 1:
Fases in gedragsverandering (NHG, z.d.; Steenhuis en Overtom, 2018)



Tabel 4:
Fases in gedragsverandering (NHG, z.d.; Steenhuis en Overtom, 2018)

Fase van gedragsverandering	Wat kun je doen?
Precontemplatie: Er is geen serieuze intentie om het gedrag te veranderen; mensen zijn zich niet bewust van hun (ongezonde) gedrag of vinden het geen probleem.	Het zaadje planten: Je kunt de patiënt vragen of hij meer wil horen over hoe zijn gedrag van invloed is op de klachten.
Contemplatie: Mensen zijn zich bewust van hun (ongezonde) gedrag en denken erover na om dit te veranderen. Er is echter nog geen duidelijk commitment om in actie te komen.	Uitlokken zelfmotiverende uitspraken: Bespreek voor- en nadelen van het huidige en gewenste gedrag en eindig met de nadelen van het huidige gedrag. Hiermee kun je namelijk zelfmotiverende uitspraken uitlokken. Vraag naar de diepere drijfveer: waarom wil je veranderen? Wat levert dat op?
Preparatie: Er is een duidelijke intentie om gedrag te veranderen op korte termijn. Er worden voorbereidingen getroffen en er zijn mogelijk al kleine veranderingen zichtbaar.	Als-dan-plannen: Laat de patiënt als-dan-plannen formuleren door het gedrag te specificeren: wanneer, waar en hoe ga je het nieuwe gedrag uitvoeren?
Actie: Mensen veranderen daadwerkelijk hun gedrag. Er kunnen allerlei barrières worden ervaren. In de actiefase ervaart de persoon hoe het echt is om voortaan iets op een andere manier te doen.	Draagvlak creëren: Help de patiënt om draagvlak voor gedragsverandering in de sociale omgeving te creëren. Bijvoorbeeld door de patiënt het advies te geven om aan zijn omgeving uit te leggen waarom de verandering voor hem van belang is.
Gedragsbehoud: Het nieuwe gedrag wordt onderdeel van de gewoontes en het dagelijks leven van een persoon.	Maak een plan voor terugvalpreventie: Maak een lijst met beschermende factoren (wat kan helpen als het moeilijk wordt). Help de patiënt risicosituaties te herkennen en deze uit de weg te gaan. En geef handvatten voor het herkennen van terugvalsignalen.
Terugval: Een persoon valt terug in eerdere fases of het oude gedrag.	Er zijn: Terugval naar een eerdere fase van gedragsverandering is normaal. Laat de patiënt weten dat hij bij je terecht kan in geval van terugval om de gedragsverandering opnieuw op te pakken.

Gesprekstechnieken voor gedragsverandering

Er zijn inmiddels veel gespreksmodellen ontwikkeld die effectief zijn bij het bespreken, adviseren en begeleiden van gedragsverandering. Deze technieken houden rekening met de fases van gedragsverandering en andere aspecten die daarbij van belang zijn.

In tabel 4 zijn drie modellen uitgewerkt:

1. Teachable moments (Brust et al., 2020).
2. Motiverende gespreksvoering/Motivational Interviewing (Kaltman & Tankersley, 2020).
3. Very brief advice (Trimbos, 2023).

Tabel 4: Drie technieken voor gedragsverandering

	Teachable Moments	Motivational Interviewing	Very Brief Advice
Beschrijving	Bij deze techniek maak je gebruik van specifieke momenten in het leven van een patiënt. Belangrijk is dat je deze momenten herkent en benut.	Deze gespreksmethode is gericht op samenwerking met de patiënt en het versterken van diens intrinsieke motivatie.	Dit is een snelle interventie in 3 korte stappen, gericht op het overbrengen van een specifieke boodschap die de patiënt aanmoedigt om gedragsverandering te overwegen.
Kenmerken	- <i>Contextueel</i>: Gebaseerd op gebeurtenissen zoals een medische diagnose, een ziekenhuisopname, of een andere significante levensgebeurtenis. - <i>Tijdgevoelig</i>: De interventie moet plaatsvinden op het juiste moment om effectief te zijn. - <i>Persoonlijk</i>: De boodschap wordt afgestemd op de specifieke situatie en behoeften van de patiënt.	- <i>Empathie en samenwerking</i>: De hulpverlener werkt samen met de patiënt in plaats van deze te leiden. - <i>Evocatie</i>: Het uitlokken van de eigen redenen van de patiënt om te veranderen. - <i>Acceptatie</i>: Zonder oordeel en met respect voor de autonomie van de patiënt.	- <i>Kort en direct</i>: De boodschap is eenvoudig, to-the-point en duurt meestal niet langer dan vijf minuten. - <i>Specifiek advies</i>: Gericht op een specifieke gedragsverandering, zoals stoppen met roken of meer bewegen. - <i>Laagdrempelig</i>: Kan gemakkelijk worden geïntegreerd in routinezorg.
Effectiviteit	Kan zeer krachtig zijn omdat het gebruik maakt van de verhoogde motivatie en aandacht van de patiënt op kritieke momenten	Mits je de tijd neemt om het goed te doen is deze techniek zeer effectief voor complexe gedragsveranderingen. Daarvoor is veel wetenschappelijk bewijs.	Vooral effectief voor veranderingen in gedrag waar de patiënt al enige motivatie voor heeft.
De techniek	Creëren van een TM - <i>Risicoperceptie</i>: hoe schat u uw eigen risico op hartproblemen nu in? - <i>Emoties</i>: met welk gevoel hoort u dit aan? - <i>Herziening zelfbeeld</i>: hoe ziet u zichzelf? In hoeverre past roken bij wie u bent als persoon? - <i>Verband tussen zorgen en gedrag</i>: ik merk dat u zich zorgen maakt over uw risico, wist u dat dit risico enorm afneemt als u stopt met roken?	Basisvaardigheden M.I. - Stel open vragen waarin je de patiënt vraagt om zijn perspectief te delen. - Bevestiging: erken de inspanningen van de patiënt. - Uitlokken van verandertaal: ontlok en verken de redenen van de patiënt voor verandering (voordelen) en de redenen om niet te veranderen (nadelen). - Gebruik de 'belangrijkheid-schaal' (op een schaal van 1-10, hoe belangrijk is het voor jou om...) - Voorkom discussie en ongevraagd advies.	3 stappen van VBA - <i>Vraag</i>: stel de status van het gedrag vast. - <i>Vertel</i>: geef gericht advies, bijvoorbeeld: wist u dat stoppen met roken het beste werkt met professionele ondersteuning? - <i>Verwijs</i>: warme overdracht naar passende hulp (mag ik uw gegevens doorgeven aan X/Y? Die zal dan contact met u opnemen).



Weerstand en barrières in de praktijk

In de praktijk ervaren zorgverleners barrières bij het aangaan van een gesprek over leefstijl. Dit kan te maken hebben met tijdgebrek, een gebrek aan leefstijl-gerelateerde kennis of eerdere negatieve ervaringen. Niet alle patiënten zijn bereid een gesprek te voeren over leefstijlverandering. Het is belangrijk om als zorgverlener vormen van weerstand te kunnen herkennen en daarop voorbereid te zijn.

We onderscheiden drie vormen van weerstand (NHG, z.d.):

→ 1. Reactance

De patiënt voelt zich beperkt in zijn autonomie en verzet zich daartegen. De weerstand is meer gericht op de poging van beïnvloeding dan op de specifieke gedragsverandering. Je kunt benoemen dat de patiënt zelf beslist of en wat hij gaat doen. En het is belangrijk in het gesprek voor- en nadelen van gedrag te benoemen (zowel van het gezonde als het ongezonde gedrag).

→ 2. Scepticisme

De patiënt is kritisch op de verandering, twijfelt aan de noodzaak, vertrouwt de boodschap niet en heeft twijfels of hij überhaupt kan veranderen. Je kunt ingaan op de twijfel en aangeven dat er altijd iets anders geprobeerd kan worden. Je kan iemand ook zelf redenen laten bedenken om van gedrag te veranderen. Soms kun je mensen beter overtuigen met anekdotische verhalen of ervaringen van mensen uit hun eigen omgeving dan met feiten/statistieken.

→ 3. Inertia

De patiënt heeft weerstand tegen verandering in het algemeen (niet alleen tegen de leefstijlverandering) en is daardoor moeilijk te activeren tot verandering. Het kan helpen de noodzaak te benadrukken of verandering behapbaar te maken. Bijvoorbeeld door het in kleine stapjes te doen. Probeer mensen zelf commitment uit te laten spreken.



Foto: Thirza Luijten

Aandachtspunten bij het ontwikkelen van onderwijs

Op basis van onderzoeken en reviews onderscheiden Rosenbaum en Silverman (2013) vijf belangrijke elementen van effectieve communicatietraining:

→ 1. Student centraal

Voor de motivatie van studenten is het belangrijk dat de relevantie voor de (toekomstige) praktijk duidelijk is. Op welke problemen of situaties in de spreekkamer is de leerstof van toepassing? Daarnaast is het belangrijk dat je voortbouwt op bestaande kennis en ervaringen van studenten en dat er ruimte is om de inhoud van het onderwijs aan te passen aan wat zij nodig hebben. Ook is interactie met de leerstof van belang: niet alleen luisteren maar actief aan het werk.

→ 2. Combinatie van didactische en praktische aspecten

Voor een effectieve communicatietraining is het belangrijk dat studenten snappen waarom ze bepaalde communicatievaardigheden toepassen. Als het gaat om leefstijlgesprekken betekent dit dat studenten inzicht moeten krijgen in fases van gedragsverandering en op welke manier verschillende communicatiestrategieën daarop inspelen. Ook is het belangrijk om inzichten te delen over bewezen effectiviteit van de communicatiestrategieën, zodat duidelijk wordt dat het om need-to-know leerstof gaat (en niet nice-to-know) (Edwards et al., 2018).

Uiteraard moeten studenten leren, bijvoorbeeld aan de hand van een framework of stappenplan, wat de onderdelen van goede communicatie zijn. Wanneer pas je een bepaalde strategie toe? Welke stappen horen bij de strategie? Welke informatie moet worden uitgevraagd of gedeeld? Je kunt bijvoorbeeld opnames (audio/video) delen met voorbeelden (Edwards et al., 2018). Zo wordt voor de student duidelijk hoe effectieve communicatie eruitziet, en wat de student al beheerst of juist nog moet oefenen.

→ 3. Oefenen van de vaardigheden

Communicatievaardigheden leer je door te doen. Er moet voldoende gelegenheid zijn om de communicatievaardigheden in een veilige omgeving te oefenen en vertrouwen (zelf-effectiviteit) op te bouwen om deze te kunnen toepassen in de praktijk. Studenten zijn gebaat bij 'scaffolds' (geheugensteuntjes) zoals zakkaartjes met de fases, kernpunten, kernvragen van de gesprekstechniek die ze moeten leren. Benadruk dan wel dat het om een geheugensteuntje en voorbeeldvragen gaat en niet om een 'script' dat letterlijk moet worden aangehouden. Moedig studenten aan om een eigen invulling te geven aan de communicatievaardigheden, die past bij de eigen communicatiestijl en 'personal strengths' (Edwards et al., 2018).

→ 4. Reflectie

Het is belangrijk dat er in de training aandacht is voor reflectie: wat is er geleerd en wat betekent dat voor de attitude en het gedrag van de student? Ook is het belangrijk studenten aan te moedigen om in de praktijk regelmatig stil te staan bij wat werkte in leefstijlgesprekken en wat niet. Op die manier kunnen ze (blijven) leren van hun ervaringen in de praktijk.

→ 5. Feedback en herhaling

Het blijkt in de praktijk lastig te zijn om je eigen communicatievaardigheden te beoordelen. Dit komt omdat communicatie geen nieuwe vaardigheid is (iedereen doet het al het hele leven) en omdat het sterk samenhangt met persoonlijkheid, zelfbeeld en zelfvertrouwen. Voor het leerproces is het belangrijk om constructieve feedback te geven op geobserveerd gedrag en het effect van dat gedrag. Geef studenten na de feedback gelegenheid om opnieuw te oefenen zodat ze deze feedback kunnen meenemen in dat gesprek.



Effectieve onderwijsvormen

Ervaringsgericht leren is de kern van communicatieonderwijs. Studenten kunnen communicatievaardigheden oefenen in rollenspellen waar zij vervolgens feedback op ontvangen. Je kunt denken aan:

- Rollenspellen met medestudenten: een van de studenten neemt de rol aan van de patiënt, een ander is de arts, een derde observeert.
- Rollenspelen met (simulatie)patiënten: hierbij is de student de arts die in gesprek gaat met patiënten of acteurs getraind voor communicatieonderwijs, die de rol van patiënt vertolken.
- Virtuele/digitale tools: het geneeskundeonderwijs maakt meer en meer gebruik van virtuele tools (apps, serious games etc.) om vaardigheden te oefenen. Die kun je ook inzetten voor communicatietraining. Studenten kunnen dan gesprekken voeren met een virtuele patiënt in een online scenario (Lala et al., 2017). Vaak is er ook een vorm van feedback opgenomen in het scenario.

De verschillende methoden hebben hun eigen voor- en nadelen. Het inzetten van medestudenten is bijvoorbeeld eenvoudiger en goedkoper dan simulatiepatiënten. Maar simulatiepatiënten zijn doorgaans wel beter in het naspelen van een realistische situatie. De toepassing van digitale tools staat nog redelijk in de kinderschoenen, waardoor de ontwikkeling relatief veel tijd kost, maar deze tools hebben wel als voordeel dat studenten individueel en herhaald kunnen oefenen naar eigen behoefte.

Naast het oefenen van vaardigheden is het belangrijk dat er aandacht is voor de theorie achter de te leren communicatietechniek. Ook moet er ruimte zijn voor het uitwisselen van ervaringen - bijvoorbeeld over het omgaan met weerstand bij patiënten - en voor reflectie. Bij meer ervaren studenten kun je ook werken met situaties of ervaringen die studenten zelf inbrengen. Soms worden masterstudenten met klinische ervaring ingezet als tutor/docent in communicatieonderwijs. Dit kan effectief zijn op twee manieren: ze staan vaak dicht bij de studenten en door zelf onderwijs te geven beklijven kennis en vaardigheden bij hen ook beter (Edwards et al., 2018).

Tot slot

Elke geneeskundefaculteit heeft een uitgebreid communicatieonderwijsprogramma. Daarin moet ook ruim aandacht besteed worden aan gesprekken over leefstijlverandering. De opzet en werkvormen zullen niet anders zijn dan bij andere communicatieonderwerpen. Het is van belang om geneeskunde-studenten voldoende handvatten te geven om deze gesprekken zelf aan te gaan in de praktijk, ook wanneer zij weinig voorbeelden zien van hun opleiders.

Door het [gebrek aan voorbeelden](#) is het extra belangrijk dat studenten zelf overtuigd zijn van de relevantie van gesprekken over preventie. Bij het ontwerpen van lessen kun je daarom ook gebruikmaken van de inzichten die modellen over gedragsverandering geven. We willen immers onze - soms sceptische - studenten aanmoedigen zelf een gedragsverandering aan te gaan en we zullen hun weerstand en twijfels daarbij serieus moeten nemen.



Referentielijst

Van Ast, M., de Loor, O., Spijkerboer, L. (2021).

Effectief leren. De docent als regisseur (5e druk). Noordhoff Groningen.

Bajcar E.A., Babel, P. (2018).

How does observational learning produce placebo effects? A model integrating research findings. *Frontiers in Psychology*, 9:2041.

<https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.02041>

van Bemmelen, M. (2024).

De rol van de geneeskundestudent in gezondheidsbevordering. Website medisch contact. <https://www.medischcontact.nl/actueel/federatienieuws/federatiebericht/de-rol-van-de-geneeskundestudent-in-gezondheidsbevordering>

Van den Berg, N., Jambroes, M., Schoonhoven, L., Kluijtmans, M. (2023).

Gelijke kansen op vaccineren bevorderen: wat moeten zorgprofessionals kunnen?
Niet gepubliceerd, op te vragen via: n.m.vandenberg-5@umcutrecht.nl

Brust, M., Gebhardt, W.A., Numans, M.E., Kiefe-de Jong, J.C. (2020).

'Teachable moments'. Het juiste moment voor leefstijlverandering. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 164:D4835.

Center for Global Challenges. (2024).

Starting community Engaged Learning in 5 steps. Website Intranet Universiteit Utrecht, Community Engaged Learning. <https://intranet.uu.nl/community-engaged-learning/aan-de-slag/toolkit>. nb: het Center for Global Challenges van de UU heeft verschillende documenten ontwikkeld voor een toolkit over community engaged learning. Van deze documenten is gebruik gemaakt in de onderwijskundige verdieping over community engaged learning.

Clark, S.B. & Lippe, M.P. (2022).

Vicarious learning and communication self-efficacy: A pediatric end-of-life simulation for pre-licensure nursing students. *Journal of Professional Nursing*, 43:107-116. <https://doi.org/10.1016/j.profnurs.2022.09.008>.

Comeau, D.L., Palacios, N., Talley, C., Reisinger Walker, E., Escoffery, C., Wilkins Thompson, W., Lang, D.L. (2019).

Community-engaged learning in public health: An evaluation of utilization and value of student projects for community partners. *Pedagogy in Health Promotion*, 5(1), 3–13. <https://doi.org/10.1177/2373379918772314>

Cranton, P. (2016).

Understanding and promoting transformative learning: A guide to theory and practice (3e editie). Stylus Publishing.

Cruess, R.L., Cruess, S.R., Boudreau, J.D., Snell, L., Steinert, Y. (2014).

Reframing medical education to support professional identity formation. *Academic Medicine*, 89(11), 1446-1451. <https://doi.org/10.1097/ACM.0000000000000427>

Cruess, R.L., Cruess, S.R., Boudreau, J.D., Snell, L., Steinert, Y. (2015).

A schematic representation of the professional identity formation and socialization of medical students and residents: a guide for medical educators. *Academic Medicine*, 90(6), 718-725. <https://doi.org/10.1097/ACM.0000000000000700>

Dobson, S., Voyer, S., Hubinette, M., Regehr, G. (2015).

From the clinic to the community: the activities and abilities of effective health advocates. *Academic Medicine*, 90(2), 214-220. <https://doi.org/10.1097/ACM.0000000000000588>

- Edwards, E.J., Bannatyne, A.J., Stark A.C. (2018).
Twelve tips for teaching brief motivational interviewing to medical students. Medical Teacher, 40(3), 231-236. <https://doi.org/10.1080/0142159X.2017.1369503>
- Ellaway, R.H., O’Gorman, L., Strasser, R., Marsh, D.C., Graves, L., Fink, P., Cervin, C. (2016).
A critical hybrid realist-outcomes systematic review of relationships between medical education programmes and communities: BEME Guide No. 35. Medical Teacher, 38:3, 229-245. <https://doi.org/10.3109/0142159X.2015.1112894>
- Emilia, O., Suhoyo, Y., Utomo, P.S. (2023).
Teacher as role model in developing professional behavior of medical students: a qualitative study. International Journal of Medical Education, 28;14, 55-62. <https://doi.org/10.5116/ijme.6443.ae49>
- Frank, J.R., Snell, L., Sherbino, J (eds). (2015).
CanMEDS 2015 Physician Competency Framework. Ottawa: Royal College of Physicians and Surgeons of Canada
- Hays, R. (2018).
Including health promotion and illness prevention in medical education: a progress report. Medical Education, 52(1), 68-77. <https://doi.org/10.1111/medu.13389>
- Horsburgh, J. & Ippolito, K. (2018).
A skill to be worked at: using social learning theory to explore the process of learning from role models in clinical settings. BMC Medical Education, 3;18(1):156. <https://doi.org/10.1186/s12909-018-1251-x>
- Hou, S.I. (2014).
Integrating problem-based learning with community-engaged learning in teaching program development and implementation. Universal Journal of Educational Research, 2(1), 1-9. <https://doi.org/10.13189/ujer.2014.020101>
- Hubinette, M., Dobson, S., Voyer, S., Regehr, G. (2014).
‘We’ not ‘I’: health advocacy is a team sport. Medical Education, 48, 895–901. <https://doi.org/10.1111/medu.12523>
- Hubinette, M., Dobson S., Scott I., Sherbino J. (2017).
Health advocacy. Medical Teacher, 39:2, 128-135. <https://doi.org/10.1080/0142159X.2017.1245853>
- Hubinette, M., Dobson S., Scott I., Sherbino J. (2018).
Health Advocacy. AMEE Guide 114. Dundee, UK: Association of Medical Educators of Europe.
- Hunt, J.B., Bonham, C., Jones, L. (2011).
Understanding the goals of service learning and community-based medical education: A systematic review. Academic Medicine, 86, 246–251. <https://doi.org/10.1097/ACM.0b013e3182046481>
- Jacoby, B. & Howard, J. (2015).
Ch 1. Introduction to service learning. In: B. Jacoby & J. Howard, Service-learning essentials: questions, answers, and lessons learned (pp. 1-25). John Wiley & Sons, Incorporated.
- Kaltman, S., Tankersley A.M. (2020).
Teaching motivational interviewing to medical students: A systematic review. Academic Medicine, 95, 458–469. <https://doi.org/10.1097/ACM.0000000000003011>
- Kaufman, D.M. (2018).
Ch4. Teaching and learning in medical education: How theory can inform practice (37-69). In: T. Swanwick, K. Forrest, B.C. O’Brien (eds). Understanding medical education: evidence, theory, and practice. Wiley Online Library.
- Kitchenham, A. (2012).
Jack Mezirow on transformative learning. In: N.M. Seel (ed.), Encyclopedia of the sciences of learning (pp.1659-1661). Springer.

KNMG. (2019)

Nederlandse artseneed. <https://www.knmg.nl/actueel/publicaties/artseneed>

Lala, R., Jeuring, J., van Dortmont, J., van Geest, M. (2017).

Scenarios in virtual learning environments for one-to-one communication skills training. *International Journal of Educational Technology in Higher Education*, 14 (17). <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2010.03.010>

Langlois, S. (2020).

Collective competence: Moving from individual to collaborative expertise. *Perspectives on Medical Education*, 9(2), 71-73. <https://doi.org/10.1007/s40037-020-00575-3>

Lingard, L. (2009).

What we see and don't see when we look at 'competence': notes on a god term. *Advances in Health Science Education*, 14, 625-628. <https://doi.org/10.1007/s10459-009-9206-y>

Lingard, L. (2016).

Paradoxical truths and persistent myths: reframing the team competence conversation. *Journal of Continuing Education in the Health Professions*, 36 Suppl 1:S19-21. <https://doi.org/10.1097/CEH.0000000000000078>

Litva, A., Peters, S. (2008).

Exploring barriers to teaching behavioural and social sciences in medical education. *Medical Education*, 42, 309-14. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2923.2007.02951.x>

Looman, N., van Asselt, D., Bruggink, L., Huijssen, L., Dijkstra, A (eds). (2022).

Werkvormen Interprofessioneel opleiden in de zorg. Federatie Medisch Specialisten. demedischspecialist.nl/werkvormen

Mann, K., Dornan, T., Teunissen, P.W. (2011).

Ch.2 Perspectives on learning. In: T. Dornan, K. Mann, A. Scherpbier, J. Spencer (Eds.), *Medical education: theory and practice* (pp. 17-38). Elsevier.

Mezirow, J. (1978).

Education for perspective transformation: Women's re-entry programs in community colleges. New York: Teacher's College, Columbia University

Miller, R.K., Michener, J., Yang, P., Goldstein, K., Groce-Martin J., True, G., Johnson, J. (2017).

Effect of a community-based service learning experience in geriatrics on internal medicine residents and community participants. *Journal of the American Geriatrics Society*, 65:e130-e134. <https://doi.org/10.1111/jgs.14968>

National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine. (2019).

Integrating social care into the delivery of health care: Moving upstream to improve the nation's health. The National Academies Press. <https://doi.org/10.17226/25467>.

Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra (NFU). (2020).

Raamplan Artsopleiding 2020. Utrecht: Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra (NFU).

NFU wetenschappelijke werkgroep preventie. (2022).

Preventie: wat is het, en hoe benutten we het optimaal? Utrecht: Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra (NFU).

Ng, E., Hu, T., McNaughton, N., Martimianakis, M.A.T. (2021).

Transformative learning in an interprofessional student-run clinic: a qualitative study. *Journal of Interprofessional Care* 35:5, 701-709. <https://doi.org/10.1080/13561820.2020.1807480>

NHG. (z.d.).

Praktijkhandleiding leefstijl. Website Nederlands Huisarts Genootschap. Geraadpleegd op 10-01-2025, van <https://www.nhg.org/praktijkvoering/leefstijl/>

Rego, P.M., Dick, M.L. (2005).

Teaching and learning population and preventive health: challenges for modern curricula. Medical Education, 39, 202-213.

<https://doi.org/10.1111/j.1365-2929.2004.02058.x>

Renting, N., Raat, A.N.J., Dornan, T., Wenger-Trayner, E., van der Wal, M.A., Borleffs, J.C.C., Gans, R.O.B., Jaarsma, A.D.C. (2017).

Integrated and implicit: how residents learn CanMEDS roles by participating in practice. Medical Education, 51(9), 942-952. <https://doi.org/10.1111/medu.13335>

Rosenbaum, M.E., Silverman, J.D. (2013).

Chapter 7: Training for effective communication in healthcare settings. In: I.R. Martin & M.R. DiMatteo (Eds), The Oxford handbook of health communication, behavior change, and treatment adherence (pp. 109-135). Oxford University Press.

Van Schalkwyk, S.C., Hafler, J., Brewer, T.F., Maley, M.A., Margolis, C., McNamee L., Meyer, I., Peluso, M.J., Schmutz, Spak., J.M., Davies, D. (2019).

Transformative learning as pedagogy for the health professions: a scoping review. Medical Education 53:547–558. <https://doi.org/10.1111/medu.13804>

Schunk, D.H. (2012).

Ch.8: Motivation. In: D.H. Schunk. Learning theories. An educational perspective (6th ed) (pp. 345-399). Pearsons.

Spaans, I., de Kleijn, R., Seeleman, C., Dilaver, G. (2023).

'A role model is like a mosaic': reimagining URiM students' role models in medical school. BMC Medical Education, 2;23(1):396.

<https://doi.org/10.1186/s12909-023-04394-y>

Steenhuis, I., Overtom, W. (2018).

Positieve leefstijl verandering, wat elke professional moet weten over leefstijl en gedragsverandering. Uitgeverij SWP.

Taylor, E.W. & Snyder M.J. (2012).

A critical review of research on transformative learning theory, 2006-2010.

In: E.W. Taylor & P. Cranton. The handbook of transformative learning: Theory, research, and practice (pp. 37-55). John Wiley & Sons, Incorporated.

Trimbos. (2023).

Digitale factsheet. VBA+: effectieve aanpak om patiënten te verbinden met stoppen-met-rokenhulp. Website Trimbos. <https://www.trimbos.nl/kennis/roken-tabak/hulp-bieden-bij-stoppen-met-roken/het-gesprek-over-stoppen-met-roken/vba-effectieve-aanpak-om-patienten-te-verbinden-met-hulp/>

Universiteit Utrecht. (2024).

Community engaged learning. Website Universiteit Utrecht. <https://www.uu.nl/onderwijs/community-engaged-learning>

Verhees, M.J.M., Engbers, R., Landstra, A.M., Bremer A.E., van de Pol, M., Laan, R.F.J.M., Assendelft, W.J.J. (2023).

Workplace-based learning about health promotion in individual patient care: a scoping review. BMJ Open 13:e075657. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2023-075657>

Vipler, B., Knehans, A., Rausa, D., Haidet, P., McCall-Hosenfeld, J. (2021)

Transformative learning in Graduate Medical Education: A Scoping Review. Journal of Graduate Medical Education, 13(6), 801-814.

<https://doi.org/10.4300/JGME-D-21-00065.1>

Vyas, A., Rodrigues, V.C., Ayres, R., Myles, P.R., Hothersall, E.J., Thomas, H. (2017).

Public health matters: Innovative approaches for engaging medical students.

Medical Teacher, 39:4, 402-8. <https://doi.org/10.1080/0142159X.2017.1294753>

Wessels, E. M. (2023).

Het belang van kennis over leefstijlgeneeskunde bij toekomstige artsen. Nederlands

Tijdschrift Leefstijlgeneeskunde 1:40-42.

World Health Organization (2019).

Tailoring Immunization Programmes (TIP). WHO Regional Office for Europe.

[9789289054492-eng.pdf](https://www.who.int/publications-detail/9789289054492-eng.pdf)

ZonMw. (2020).

NWA Gezondheidsverschillen: Beter benutten van het gezondheidspotentieel van mensen met een lagere sociaaleconomische positie.

<https://www.zonmw.nl/nl/programma/nwa-gezondheidsverschillen-beter-benutten-van-het-gezondheidspotentieel-van-mensen-met>

Samen naar Sterker Preventieonderwijs: de Routekaart als Kompas

Dit project is uitgevoerd door het team Public Health Practice van het UMC Utrecht, in nauwe samenwerking met de afdelingen sociale geneeskunde van Nederlandse geneeskundefaculiteiten. Samen ontwikkelden zij een raamwerk en praktische producten om preventieonderwijs in de geneeskundeopleiding te versterken. Daarnaast onderzochten zij wat werkt in effectief preventieonderwijs.

Het team Public Health Practice is een multidisciplinair team, gespecialiseerd in het ontwikkelen, verzorgen en evalueren van innovatief public health onderwijs.

Dit project is mede mogelijk gemaakt dankzij de subsidie 'Impuls Initieel Onderwijsaanbod Preventie' van ZonMW.

Auteurs:

Nienke van den Berg, Marielle Jambroes,
Anna Kersten, Conny Seeleman

Contactpersoon:

Anna Kersten – a.w.kersten-2@umcutrecht.nl

Vormgeving: Bas van Noppen, basisvorm.nl

Tekstredactie: Menno Kouveld

Jaar van uitgave: 2025

