

EEN INNOVATIEF FEEDBACK INSTRUMENT  
IN DE OPLEIDING REVALIDATIEGENEESKUNDE

# De Entrustment-based Discussion

De *Entrustment-based Discussion (EBD)* is een innovatief feedback instrument. Het instrument is ontwikkeld om aan de hand van casuïstiek de mate van zelfstandig werken van een aios binnen een *Entrustable Professional Activity (EPA)* te toetsen. Er kan feedback worden gegeven op het functioneren zodat concrete doelen kunnen worden geformuleerd waaraan de aios kan werken voordat het zinvol is om een Oordeel OpleidingsGroep bespreking (OOG-bespreking) aan te vragen. In dit artikel worden de voordelen van de EBD besproken door deze te vergelijken met twee andere veel gebruikte instrumenten: de STAMPPOT en *Case-based Discussion (CBD)*.



**DRS. P.M. (PAUL) DEKKER**

Revalidatiearts, afdeling revalidatiegeneeskunde  
Leids Universitair Medisch Centrum, Leiden

**DRS. M. (MARIEKE) BOLK**

Onderwijskundige MB Onderwijskundig Ontwerp &  
Advies, adviseur VRA en projectleider Federatie  
Medisch Specialisten, Utrecht

**PROF. DR. TH.J. (OLLE) TEN CATE**

Professor of Medical Education, Universitair Medisch  
Centrum Utrecht, en Scientific Director Center for  
Research and Development of Education, Universitair  
Medisch Centrum Utrecht

**DRS. R. (RUTGER) DAHMEN**

Revalidatiearts en opleider, Reade, centrum voor  
revalidatie en reumatologie, Amsterdam.



**CORRESPONDENTIE**

p.m.dekker@lumc.nl

**V**ertrouwen binnen de gezondheidszorg kan worden uitgelegd als een concept dat gericht is op veiligheid en effectiviteit.<sup>1</sup>

Binnen de opleiding tot medisch specialist moet worden beoordeeld of, en op welk moment, een aios het vertrouwen krijgt om zelfstandig te kunnen gaan werken. Met andere woorden: wanneer de opleidingsgroep denkt dat een aios voldoende veilig en effectief werkt. Dit vertrouwen wordt deels bepaald met het meten/vastleggen van competenties.<sup>2</sup>

Om het competentiegericht opleiden binnen de gezondheidszorg te faciliteren zijn de *Entrustable Professional Activities (EPA's)*, oftewel de toe te vertrouwen beroepsactiviteiten, ontwikkeld.<sup>1</sup> Met de introductie van de EPA's binnen de medisch specialistische vervolgopleidingen kan het zelfstandig werken binnen een EPA, en het zelfstandig werken als aios in de opleiding als geheel, gefaseerd worden opgebouwd.

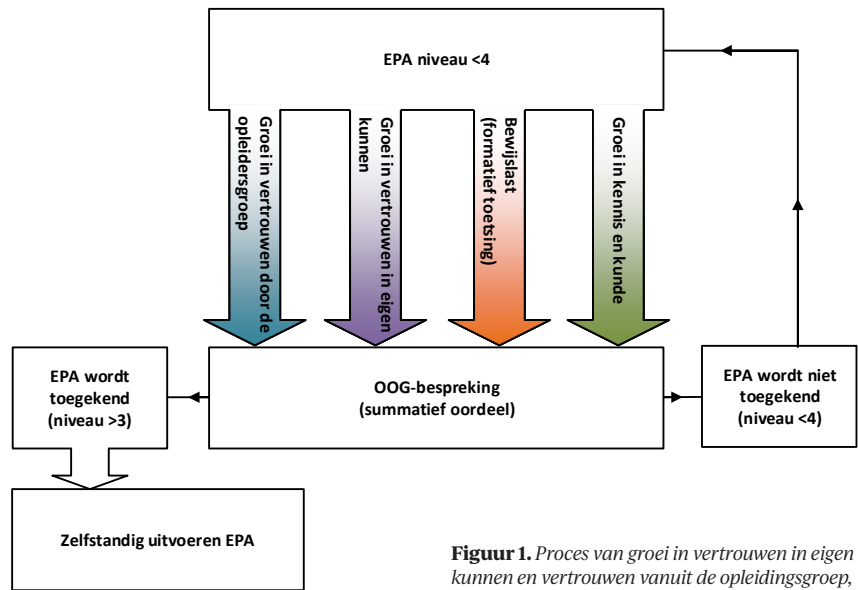
**DE EVALUATIE VAN ZELFSTANDIG WERKEN, VERTROUWEN EN RISICO'S**

De groei van zelfstandig werken van een aios binnen de EPA's is een proces dat wordt beschreven in vijf niveaus.<sup>3</sup>

Een aios zal het vertrouwen om steeds meer zelfstandig te gaan werken zelf moeten opbouwen aan de hand van het toepassen van vaardigheden in de praktijk. Daarnaast moet het vertrouwen van de opleidingsgroep om steeds zelfstandiger te gaan werken 'verdiend' worden. Het is belangrijk dat de ontwikkeling van het zelfstandig werken wordt geëvalueerd en geregistreerd in relatie tot de EPA's. Zo kan concreet worden geformuleerd waar een aios aan moet werken om een bekwaamverklaring (op niveau 4) te krijgen. Op het moment dat een aios het vertrouwen in zichzelf heeft om zelfstandig een EPA uit te kunnen gaan voeren, en verwacht dat de opleidersgroep dit vertrouwen deelt kan een Oordeel OpleidingsGroep bespreking (OOG-bespreking) worden aangevraagd. Tijdens deze bespreking wordt een discussie gevoerd om te bepalen of een bekwaamverklaring wordt afgegeven. In de OOG-bespreking moet de volgende vraag worden beantwoord: *vertrouwen wij erop dat de aios de kennis en kunde heeft om zelfstandig binnen deze setting een patiënt te bevragen, onderzoeken en/of te behandelen op een veilige en effectieve wijze, c.q. om een EPA uit te voeren?* Leidraad in de discussie zijn vooraf afgenomen toets- en feedback instrumenten.

Het afgeven van een bekwaamverklaring door de opleidingsgroep gebeurt op basis van vertrouwen, omdat de aios nu eenmaal niet in elke afzonderlijke unieke situatie kan worden getoetst.<sup>4</sup> Ter vergelijking: bij het rijexamen acht de examinator de leerling rijvaardig op basis van een theoretisch en praktisch examen. Ondanks dat de leerling niet is geëxamineerd in extreem weer, of in het buitenland waar andere regels gelden, wordt het risico op problemen als acceptabel ingeschat en de rijvaardigheid afgegeven.

In figuur 1 wordt het proces getoond van groei in vertrouwen, groei in kennis en kunde en bewijsverzameling die leiden tot een OOG-bespreking.



**Figuur 1.** Proces van groei in vertrouwen in eigen kunnen en vertrouwen vanuit de opleidingsgroep, groei in kennis en kunde en bewijsverzameling vooraf aan een OOG-bespreking.

Risico is de tegenhanger van vertrouwen. Het betreft het risico op complicaties of verkeerde of suboptimale behandeling van een patiënt, inclusief aspecten als attitude en bejegening. Wanneer het besluit bij een OOG-bespreking is dat er nog geen bekwaamverklaring wordt afgegeven, is dit omdat het risico dat een aios binnen die EPA een patiënt op een niet-juiste manier behandelt groter is dan verwacht mag worden van een zelfstandig werkend jonge medisch specialist.<sup>5,6</sup>

Bestaande (toets)instrumenten sluiten onvoldoende aan bij het werken met de EPA's. Deze zijn immers ontwikkeld vóór de introductie van de EPA's. Daarom is het moeilijk om met deze instrumenten tussentijds de mate van zelfstandig werken van de aios binnen een EPA te evalueren of hier concreet feedback op te geven. Ook bieden deze instrumenten slechts beperkt

mogelijkheden om concreet de risico's en gevolgen voor een patiënt te bespreken. Als gevolg hebben aios en opleidingsgroep weinig handvatten om te bepalen wanneer het aanvragen van een OOG-bespreking zinvol is. Deze instrumenten vormen nog wel het uitgangspunt voor discussie binnen de OOG-besprekingen.

#### DE STAMPOT EN CASE-BASED DISCUSSION

De STAMPOT is een uitbreiding op de *One Minute Perceptor methode*.<sup>7</sup> Door de aios wordt een samenvatting van de ziektegeschiedenis met probleemstelling gegeven, en toegewerkt naar een werk- en differentiaaldiagnose. De aios heeft hierbij een actieve rol en stelt vragen aan de supervisor in plaats van andersom. Extra leerpunten, die eventueel ook buiten de context van de casus kunnen vallen en waar een aios waarschijnlijk niet snel zelf op zal komen,

kunnen in de vorm van 'pareltjes' worden meegegeven. Er kan bijvoorbeeld gedacht worden aan zeldzame ziektebeelden waarbij een bepaalde ziektepresentatie kan bestaan of bepaalde complicaties die kunnen optreden na een interventie, maar er kan bijvoorbeeld ook een bruggetje worden geslagen naar gesprekstechnieken. Na het bespreken en formuleren van een plan volgt een zelfstudie en wordt afgesproken wanneer getoetst wordt of aan de opdracht voor zelfstudie is voldaan.

*De Case-based Discussion (CBD)* is een feedback instrument voor formatief of summatief toetsen, of om als kapstok te dienen voor casuïstiekbesprekingen zonder dat hier een meer geformaliseerde toetsing aan vast zit. Net als bij de STAMPOT wordt bij de CBD aan de hand van casuïstiek een samenvatting en beleid besproken. Een verschil is dat bij een CBD vaak vragen worden gesteld om buiten de context van die casus breder kennis en kunde te evalueren: 'Wat als...?' vragen. Dit gebeurt door factoren uit de casus, zoals geslacht, pathologische kenmerken→

## Het afgeven van een bekwaamverklaring door de opleidingsgroep gebeurt op basis van vertrouwen

of de sociale context, te veranderen en de aios binnen deze nieuwe theoretische context te bevragen. Onze ervaring is dat de CBD op verschillende manieren en breed wordt ingezet binnen de medisch specialistische vervolgopleidingen. Zo worden binnen de opleiding revalidatiegeneeskunde regelmatig onderdelen van de CBD gebruikt in een Korte praktijk Beoordeling (KPB) en soms op deze manier ook ingezet als formatief toetsinstrument.

**DE ENTRUSTMENT-BASED DISCUSSION**

De *Entrustment-based Discussion (EBD)* is een specifieke vorm van een CBD en heeft, net als de CBD en de STAMPPOT, een ‘live’ casus als uitgangspunt, bedoeld voor *work place-based assessment*.<sup>8</sup> In de vorm van een kort gesprek met een aios of student wordt kennis en kunde binnen de context van een EPA geëvalueerd, nadat deze de betreffende EPA heeft uitgevoerd. Hierbij vormen vier vragen het uitgangspunt:

1. Wat heb je gedaan?
2. Waarom deed je dat?
3. Met welke risico's en complicaties heb je rekening gehouden? en
4. Wat zou je gedaan hebben als...?.

**TOEVOEGINGEN AAN DE ENTRUSTMENT-BASED DISCUSSION**

Om de EBD meer op het werken met de EPA's aan te laten sluiten hebben wij twee toevoegingen aan dit instrument gedaan. Onderdeel A bestaat uit het voorafgaand aan de EBD bespreken op welke EPA getoetst wordt en het noteren wat de mate van zelfstandig werken is. Er kan ook getoetst worden op verschillende onderdelen van een EPA. In onderdeel B worden de vier vragen van de EBD doorgenomen. Ten slotte wordt in onderdeel C vastgelegd wat de *geschatte* mate van zelfstandig werken is en kan concreet, eventueel aan de hand van de verschillende onderdelen van de betreffende EPA, feedback worden gegeven.

**Tabel 1.** Schematische weergave van verschillende onderdelen van de EBD.

Onder-deel A	Welke EPA wordt getoetst?		
	Wat is het niveau van supervisie op dit moment?		
Onder-deel B	EBD vragen		Doel/toelichting
	1	Wat heb je gedaan?	Laat de aios de casus (handelingen, bevindingen) en de relatie met de EPA toelichten.
	2	Waarom deed je dit?	Vraag aios handelingen te relateren aan relevante achtergrondkennis (anatomie, (patho)fysiologie, diagnostische tests en/of therapeutisch middelen). Check klinisch redeneren.
	3	Met welke risico's en mogelijke complicaties hield je rekening?	Hoe was aios voorbereid om te gaan met deze risico's en complicaties?
	4	Wat als de patiënt of situatie anders zou zijn geweest? Had je dan anders gehandeld? Hoe?	Denk aan verschillen in cultuur, geslacht, medische voorgeschiedenis, onverwachte bevindingen, mentale of fysieke onregelmatigheden, zelfde casus in de avonddienst etc.
Onder-deel C	Geschatte niveau van supervisie		
	Feedback		

**TOETSING EN ANDERE VERSCHILLEN MET VEEL GEBRUIKTE INSTRUMENTEN**

In tegenstelling tot de STAMPPOT en de CBD is de EBD een toetsinstrument. Tijdens het afnemen van de STAMPPOT en CBD kunnen ‘sturende’ vragen worden ingezet voor het leerproces. Hierdoor kan een aios geholpen worden te komen tot een differentiaaldiagnose, conclusie of beleid. Binnen de EBD worden zuiver vragen gesteld met als doel het niveau van zelfstandig werken te bepalen; ‘sturend vragen’ maakt dit niet mogelijk.

Belangrijke andere verschillen met de STAMPPOT en de CDB zijn verder dat er gewerkt wordt met een vaste structuur en dat er concreet feedback wordt gegeven binnen de context van een EPA. Dit maakt onder andere verbeterpunten inzichtelijk voor de aios en opleidingsgroep en geeft

handvatten voor wanneer een aios een OOG-bespreking kan aanvragen. Bij de introductie van de EBD werd de nadruk gelegd op risico-inventarisatie en het doorvragen buiten de context van de casus zelf (vraag 3 en 4 van de EBD). Het is onze ervaring dat soms ook juist gekozen kan worden om de nadruk te leggen op vraag 1 en/of 2. In tabel 1 is een schematische weergave van de verschillende onderdelen van de EBD.

**DISCUSSIE**

De EBD heeft de potentie om een waardevolle aanvulling te zijn op andere instrumenten. Het instrument kan OOG-besprekingen faciliteren en ondersteunen in het concreet, tussentijds feedback geven aan aios in relatie tot de EPA's. De eerste ervaringen binnen de opleiding revalidatiegeneeskunde zijn zeer positief.

## IMPLEMENTATIE

Om de EBD te implementeren binnen de opleiding revalidatiegeneeskunde is bij het voorjaarscongres van de VRA in 2018 een eerste aanzet gegeven in de vorm van een workshop. In februari 2020 is een tweede workshop gegeven tijdens de landelijke opleidersdag van het Concilium. Het zakkaartje en bijbehorende presentaties van de workshops zijn terug te vinden op de website van de Vereniging voor Revalidatieartsen.<sup>9</sup>

De EBD zal een vaste plek binnen het nieuwe portfolio krijgen. ←

## Referenties

1. Cate O ten. *Nuts and Bolts of Entrustable Professional Activities*. *J Grad Med Educ*. 2013;5:157-8.
2. Scheele F, Teunissen P, Luijk S van, Heineman E, Fluit L, Mulder H. *Introducing competency-based postgraduate medical education in the Netherlands*. *Med Teach*. 2008;30:248-53.
3. *Medischevervolgopleidingen.nl*. <https://www.medischevervolgopleidingen.nl/epas>. Published 2020. Accessed March 20, 2020.
4. Smit M, Hoog M de, Brackel H, Cate O ten, Gemke R. *A National Process to Enhance the Validity of Entrustment Decisions for Dutch Pediatric Residents*. *J Gr Med Educ*. 2019;11:158-64.
5. Damodaran A, Shulruf B, Jones P. *Trust and risk: a model for medical education*. *Med Educ*. 2017;51:892-902.
6. Cate O ten. *Managing risks and benefits: key issues in entrustment decisions*. *Med Educ*. 2017;51:879-81.
7. Brand PLP, Boendermaker PM, Venekamp R. *Supervisie volgens de STAMPOT-methode: efficiënte integratie van patiëntenzorg en klinisch onderwijs*. *Ned Tijdschr Geneesk*. 2011;1-5.
8. Cate O ten, Hoff RG. *From case-based to entrustment-based discussions*. *Clin Teach*. 2017;14:385-9.
9. [www.revalidatiegeneeskunde.nl](http://www.revalidatiegeneeskunde.nl). <https://revalidatiegeneeskunde.nl/nieuw-opleidingsplan-beter-beweging-concept>. Accessed March 24, 2020.

## OPLEIDINGSPLEZIER

## It takes two to tango, who leads?



Mijn vroegere dansleraar vond het zichtbaar leuk zijn groep uit te dagen en steeds beter te zien worden. Ik geniet van het begeleiden van de persoonlijke ontwikkeling van zowel patiënten als medewerkers. Het succes daarvan begint met de verantwoordelijkheid die iemand neemt voor die ontwikkeling. Leerlingen van een dansschool en aios zijn wat dat betreft erg leuke groepen om mee samen te werken: enthousiast, leergierig en druk bezig met de ontwikkeling van hun professionele of hobbyvaardigheden. Voor beide groepen werkt uitdaging en goede begeleiding.

In de opleiding tot medisch specialist is die begeleiding gericht op het ontwikkelen van het vertrouwen van zowel de aios zelf als dat van de opleidingsgroep in de beroepsactiviteiten van de aios. Door herhaalde reflecties op de geïntroduceerde *Entrustable Professional Activities (EPA's)*, gestructureerde beschrijvingen van afgebakende beroepsactiviteiten die een specialisme kenmerken, moeten aios in verschillende situaties laten zien wat zij kunnen.

Ik denk dat deze methode heel geschikt is voor de revalidatiegeneeskunde-opleiding. In ons vak verzamelen we behoorlijk wat informatie tijdens de intake: een uitgebreide anamnese, inclusief hulpvraag, dagelijks functioneren, en persoonlijke en omgevingsgebonden factoren. Een lichamelijk onderzoek waarin ook de vaardigheden van de patiënt uitgebreid onderzocht worden. In de conclusie moet deze informatie vervolgens geïntegreerd worden met kennis over de onderliggende aandoening(en) en de functionele prognose, en leiden tot een geïndividualiseerd behandelplan. Het vertrouwd raken met deze complexe synthese leer je niet uit boeken en niet zondermeer uit cursussen, maar vooral in de dagelijkse praktijk.

Het is in de afgelopen decennia steeds duidelijker geworden dat volwassenen heel veel leren in praktijksituaties. Een groot deel hiervan betreft impliciet leren, een onbewust proces dat je vooral niet te veel moet willen expliciteren en dat gebaat is bij blootstelling aan diverse en uitdagende ervaringen. Een ander aanzienlijk deel betreft het leren van anderen aan de hand van reflecties op werkgerelateerde (of hobby-)situaties. Dit is één op één te koppelen aan de dagelijkse supervisiemomenten: het is aan de aios om die situaties goed te benutten, en aan de supervisor om de aios uit te dagen en goed te begeleiden. *It takes two to tango, who leads?*

Prof. dr. Vincent de Groot

Voorzitter Concilium

Revalidatiearts en hoogleraar Amsterdam UMC, afdeling revalidatiegeneeskunde