

Van 22-24 mei 1989 werd in Groningen de "Third International Conference on Teaching and Assessing clinical Competence" georganiseerd. De redactie vroeg drie deelnemers, met een verschillende achtergrond, namelijk een onderwijscoördinator uit een geaffilieerd ziekenhuis, een "medisch onderwijskundige" en een onderzoeker van de gezondheidszorg, naar hun indrukken van dit congres.

EEN ONDERWIJSCOÖRDINATOR UIT EEN GEAFFILIEERD ZIEKENHUIS

TICTAC was een vervolg op in 1985 en 1987 in Ottawa gehouden bijeenkomsten over onderwijs in de geneeskunde, die ik niet bijgewoond heb.

Het congres werd bijgewoond door een kleine 300 geïnteresseerden, waarvan 40% buitenlanders. De Canadese oorsprong van de conferentie was herkenbaar aan het grote aantal deelnemers uit dat land. Opmerkelijk was de geringe belangstelling uit continentaal Europa met uitzondering van Zweden en Nederland. Het gaf de indruk dat in Duitsland, Italië, Frankrijk en België de aan de orde gestelde problemen niet bestaan of niet worden herkend.

Na openingswoorden van de rector en van de decaan van de Medische Faculteit werd de eerste dag gewijd aan onderwijs geven. Harden uit Dundee gaf aan wat de kenmerken van modern medisch onderwijs zijn: het moet gericht zijn op de student, uitgaan van problemen, de verschillende vakgebieden moeten het onderwijs onderling afstemmen, het moet gebaseerd zijn op incidentie en prevalentie van ziektebeelden in de gehele bevolking, niet van de ziekenhuispopulatie, het moet keuzemogelijkheden bieden en systematisch zijn. Met zijn heldere doceerstijl, op voorbeeldige wijze gesteund door aansprekende dia's gaf Harden een overtuigend beeld van een goed college. Harden en later Thung (Leiden) gingen uitvoerig in op de plaats van de basisvakken in het medisch onderwijs. Barrows (Springfield) behandelde de interactie tussen de docent en de student bij het overdragen van klinische vaardigheden.

Op de tweede dag werd toetsing behandeld. Newble (Adelaide) gaf een uiteenzetting over wat geëxamineerd zou moeten worden: kennis, maar ook vaardigheden om klinische vraagstukken aan te pakken. Hoe kan dit op een betrouwbare wijze gebeuren?

De klassieke wijze van examineren schiet op veel punten te kort. Het is noodzakelijk dat de examenkandidaat tijdens het onderzoek van de examenpatiënt geobserveerd wordt. Voor een objectieve en betrouwbare observatie is veel meer tijd nodig dan momenteel beschikbaar is.

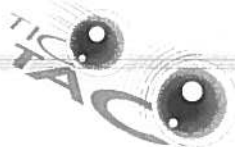
Janson (Groningen) had de moeilijke taak om de aanwezige onderwijsdeskundigen te confronteren met de opvattingen van een student. Hij gaf aan dat ook de student bezwaar heeft tegen de traditionele examens, streng afgebakend naar vakgebied. Studenten willen de kans krijgen bij examens te tonen wat zij weten en kunnen aangaande zaken die zij relevant achten voor hun functioneren als arts.

Hart (Ottawa), de promotor van het objectieve gestructureerde klinische examen, gaf een overzicht van de mogelijkheden die de door hem gestichte databank voor deze wijze van examineren kan bieden.

Swanson (Philadelphia) behandelde psychometrische en methodologische aspecten van de examinering.

Het onderwerp van de derde dag was bekwaamheid, zowel gezien vanuit de dokter als vanuit de patiënt. Hierover werden voordrachten gehouden door Love (Madison) en Postma-Schuit (Amsterdam).

Casparie (Utrecht, Rotterdam) gaf tenslotte kanttekeningen vanuit de kwaliteitsbewaking. Alles wat minder verrassend en inspirerend dan op de voorgaande dagen.



Naast de bovengenoemde plenaire vergaderingen was er een groot aantal vrije voordrachten over zeer uiteenlopende onderwerpen, hierbij veel bijdragen van Nederlanders. Veel jonge onderzoekers brachten verslag uit over hun werk. Men werd overdonderd door de activiteit en creativiteit die overal blijken te bestaan als het om vernieuwing van medisch onderwijs gaat. Men vraagt zich af in hoeverre de Nederlandse medische faculteiten en de geaffilieerde ziekenhuizen beseffen wat er in dit opzicht gaande is. Op grond van mijn eigen ervaring, als onderwijscoördinator in een geaffilieerd ziekenhuis, durf ik voor de geaffilieerde ziekenhuizen wel de stelling te pomen dat hier een grote kennisachterstand bestaat. De docent neemt als richtsnoer het onderwijsreglement verstrekt door de faculteit en werkt overigens volgens eigen inzicht.

Het reglement bevat de klassieke formuleringen en zal in veel gevallen de laatste 10 jaren niet gewijzigd zijn. Met het eigen inzicht van de docent zal het niet veel beter zijn gesteld.

Wie moet het initiatief nemen om deze informatiekloof te verkleinen?

Mijns inziens de faculteit, die verantwoordelijk is voor de kwaliteit van het onderwijs en bovendien over de nodige deskundigheid beschikt.

Bij de totstandkoming van affiliaties in de jaren zestig had men de verwachting dat faculteiten perifeer ziekenhuis ook op wetenschappelijk gebied zouden gaan samenwerken. Hiervan is vrijwel niets terecht gekomen. Blijkbaar was er te weinig relatie tussen wetenschappelijk werk en co-assistentenopleiding.

Voor het onderwijs is dit onaanvaardbaar; de faculteit is immers ook verantwoordelijk voor het onderwijs in de affiliaties. Of de faculteiten in deze tijd van bezuinigingen bij deze taak voorop willen gaan? Het is een kwestie van prioriteiten.

J.A. van Beeck, neuroloog,
onderwijscoördinator, Deventer

DE VISIE VAN EEN "MEDISCH-ONDERWIJSKUNDIGE"

De TICTAC-conferentie, oftewel de Ottawa-conferentie 1989, was een geslaagde conferentie!!

Met deze paar woorden wordt recht gedaan aan de veelheid aan geboden nuttige informatie, de perfecte organisatie en de goede sfeer.

De Ottawaconferentie is één van de momenten, waarop jaarlijks de balans kan worden opgemaakt. Een jaar geleden gaf Geoffrey Norman uit Canada - een der coryfeeën op medisch onderwijskundig gebied - reeds aan, dat wat hem betrof de medische onderwijskunde zich volwassen mocht noemen. Een jaar later, afgaande op de inhoud van dit congres, zou men de medische onderwijskunde met een dergelijke kwalificatie te kort doen.

Belangrijk is vooral, dat zich meer en meer een lijn aftekent, waarlangs het onderzoek van medisch onderwijs zich ontwikkelt.

Het onderwijs naar "the origin of learning" zet zich met voortvarendheid voort. Hoe leert een medisch student, is een vraag die al velen heeft beziggehouden: Barrows, Gale en Marsden, Norman en anderen. De laatste jaren worden vooral vanuit de hoek van de cognitief psychologen, opzienbarende geluiden gehoord. Zij verlegden de aandacht van probleemoplossen als basisvaardigheid naar de structuur van de in het brein van de studerende opgeslagen kennis. Met name de groep van Feltovitch, uit Illinois deed hierbij opzienbarende ontdekkingen. Een van zijn medewerkers, mevr. A. Myers, presenteerde voorlopige resultaten van studietactieken van tweedejaars studenten bij het bestuderen van een complex probleem, in casu het zuur-base evenwicht. De onderzochte studenten bleken zich te bedienen van een aantal strategieën, om complexe leerstof te kunnen begrijpen en onthouden. Eén daarvan was het simplificeren van de stof. Met andere woorden: men "bedacht" een simpeler voorstelling van het fysiologisch proces, waarbij, volgens inhoudsdeskundigen, "fouten" binnenslopen.

Deze ontdekking heeft mogelijk belangrijke consequenties voor de opbouw van de leerstof, die mogelijk meer 'opgebouwd' of gedoseerd moet worden wat de complexiteit betreft.

Ook op het gebied van evaluatie van cursussen, curricula, en dergelijke tekenen zich ontwikkelingen af.

Werd eerder vooral gekeken naar de beoordeling van nieuwe onderwijsexperimenten door de betrokkenen, zogenaamd satisfactie onderzoek, nu ligt meer het accent op de opbrengst in termen van verworven kennis en vaardigheden. Een aardig Nederlands voorbeeld daarvan is het onderzoek van Reenders en anderen uit Groningen, die huisartsen beoordeelden op hun fundoscopievaardigheid voor en na een training.

Toetstechnische vooruitgang werd eveneens op ruime schaal gerapporteerd. Swanson, psychometricus, rapporteerde de huidige inzichten omtrent de toetsbetrouwbaarheid. De laatste 'staartdelingen' gemaakt aan de hand van resultaten van observatietoetsen, bijvoorbeeld handvaardigheidstoetsen, wijzen erop, dat goed getrainde observatoren een acceptabel niveau van beoordelen halen. Co-observatoren zijn minder noodzakelijk dan men dacht. Meer menskracht moet echter gestoken worden in het verlengen van toetsen door het uitbreiden van het aantal beoordelingsmomenten, stations. De score-correlaties tussen stations zijn namelijk relatief laag. Dit wordt 'inhoudsspecificiteit' genoemd.

Geavanceerde computerprogramma's zijn een grote hulp gebleken bij het uitvoeren van dit soort betrouwbaarheidsonderzoek. Op de conferentie was een workshop, gegeven door Swanson en Van der Vleuten, hieraan gewijd. Enigszins aarzelend begeven toetstechnici zich ook op het gebied van de validiteit. Onderzoek beperkt zich echter nog voornamelijk tot validiteitsschattingen op grond van vergelijkingen van scores op verschillende toetsen, hetgeen vaak neerkomt op een Baron van Münchhausen-effect: de ene toets fungeert als een gouden standaard voor de ander en omgekeerd, waardoor men zich aan de eigen haren het moeras uittrekt. Het wachten is op goede predictieve validiteitsstudies, waarbij vanuit het handelen in de praktijk teruggekeken wordt naar de kwaliteit van de opleidingen.

Ook 'competence' was een hot item en spreekstof voor een hele dag. Een interessante discussie werd gevoerd omtrent de betekenis van dit begrip. Men pleitte voor een onderscheid tussen competence en performance, ergo: het niveau dat men haalt onder laboratoriumcondities, bijvoorbeeld in de gebruikelijke examensetting, en het niveau dat men in de beroepspraktijk van alle dag laat zien. Een en ander heeft consequenties voor het soort van toets dat men wenst, de omstandigheden waaronder men de toets afneemt en de betekenis van de resultaten. De vraag hoe het niveau van het dagelijkse praktijkgebeuren zich verhoudt tot het examenniveau is een nog onbeantwoorde vraag. Rethans, die in dit nummer eveneens de conferentie belicht, spreekt daarover volgend jaar waarschijnlijk een verlossend woord.

In elk geval baarde zijn lezing over de simulatiepatiënt 'incognito', die praktijken van huisartsen bezoekt en deze beoordeelt, veel opzien. Even opzienbarend vond ik de presentatie van Farand uit Montreal, die een computerprogramma beschreef, waarmee hij complexe situaties in de medische praktijk kon analyseren en beoordelen op kwaliteit van beslissingen. In dit geval ging het om het afhandelen van telefoontjes van patiënten door de doktersassistente en de huisarts. De materie was complex en mijn oversimplificatie bestond erin, dat ik concludeerde: als het waar is, is dit briljant; hier moeten wij te zijner tijd meer van weten. In elk geval zal ik de volgende keer naar de spreker uitzien.

Uitzien zal ik ook naar de volgende conferentie als geheel, die in 1990 weer in Ottawa zal worden gehouden. Tot dan.

Y. van Leeuwen,
huisarts, Maastricht

EEN ONDERZOEKER VAN DE GEZONDHEIDSZORG; VIA TICTAC NAAR EEN ANDERE TACTIEK

Grote congressen hebben op mij eerder een afschrikkend dan een aantrekkelijk effect. Zeker als het een congres betreft waarvan ik niet zeker ben of het wel past in de onderzoekssfeer waarin ik bezig ben en dat is het doen van gezondheidszorgonderzoek. Ik probeer door boven water te halen wat er in de patiëntenzorg in huisartsenpraktijken daadwerkelijk gebeurt aanknopingspunten te vinden om het handelen van artsen te begrijpen. Van diverse zijden werd ik het afgelopen jaar attent gemaakt op de conferentie TICTAC. Juist omdat deze zo dichtbij was 'moest' ik er naar toe. Hoewel ik wel inzag dat het argument 'korte afstand' in ieder geval vanuit kosten-oogpunt aantrekkelijk was, bezat ik nog steeds enige huiver om me te bewegen in een onderzoekswereld, die ik voornamelijk zag als onderwijswereld en die dus wat saai leek. Ik kende praktisch niemand persoonlijk en het programma bekijkend leek hooguit de laatste programmadag (medical competence) me aantrekkelijk. Mild gestemd doordat mijn abstract geaccepteerd was, vertrok ik toch enigszins nieuwsgierig (maar met zeven slagen om mijn arm) op maandagochtend 22 mei naar Groningen.

Woensdagavond 24 mei aanvaardde ik, in een bloedhete trein, de terugreis. TICTAC was voorbij, maar nog niet voor mij. TICTAC betekende voor mij de belangrijkste conferentie die ik ooit heb meegemaakt. Waar ik aanvankelijk zeer veel aarzelingen had om onderzoek te koppelen aan mijn praktijkonderzoek, moest ik, in mijn op hol geslagen cerebrum, mezelf weer even duidelijk maken waar de scheiding dan wel lag.

Er waren uitstekende inleidingen door met name David Newble uit Australië en Richard Love uit de USA. Ook de reacties hierop van Ian Hart uit Canada, de initiatiefnemer van dit soort conferenties, vond ik van belang. Allen kwamen in hun inleidingen te spreken over de relatie competence-performance.

Enigszins tot mijn verbazing, maar meer nog tot mijn vreugde, zag ik tijdens TICTAC tal van mijn huidige latente ideeën bevestigd. Ten eerste werd er diverse malen op gewezen dat de relatie competence-performance zeer ingewikkeld kan zijn. Newble en Hart maakten zeer goed duidelijk dat de twee begrippen het

best gescheiden konden worden. Geheel in deze lijn werd diverse malen benadrukt dat als er iets nodig is op dit moment, het wel onderzoek naar de feitelijke gang van zaken in de praktijk is. Daarbij werd door Love benadrukt dat de bestaande variatie tussen artsen niet zonder redenen kan zijn. We moeten daarom beter kijken waarom die variatie bestaat. Hij benadrukte dat er vooral op lokaal niveau gekeken moest worden naar bestaande variatie en afwijkingen van consensus. Ik voelde me als een vis in het water. De perfecte organisatie en het feit dat ook de 'toppers' aanspreekbaar waren (ik heb wel eens anders meegemaakt) maakte dat ik me in Groningen steeds beter ging voelen. Nooit eerder werd mij zo duidelijk gemaakt waarom onderzoek van onderwijs en onderzoek van de praktijk volledig in elkaars verlengde liggen en in feite direct aan elkaar gekoppeld zijn. Praktijkonderzoek moet meer gebruik gaan maken van methodieken uit het onderwijs (zoals cognitieve psychologie en simulatiepatiënten). Daarnaast maakte TICTAC mij duidelijk dat er binnen het medisch onderwijs zeer levendige discussies en nieuwe onderzoekslijnen op gang aan het komen zijn, die juist proberen in te haken op het latere praktijkgedrag van medische studenten.

Ook ik behoor nu tot de mensen die voortaan zeggen dat deze conferentie een 'must' is. 7-10 juli 1990, Ottawa, Canada, staat al in mijn agenda genoteerd. Met koeieletters!

J.J. Rethans,
huisarts, Maastricht.

7-10 Juli 1990
Ottawa