

AARD EN OPZET VAN DE STAGE PRAKTISCH MEDISCH ONDERWIJS IN DE HUISARTSPRAKTIJK

J.M.H. op 't Root
Andragoloog
Coördinator PMO-H

Correspondentieadres:
Vakgroep Huisartsgeneeskunde
Rijksuniversiteit Limburg
Postbus 616
6200 MD Maastricht

De Maastrichtse faculteit kent in meerdere studiejaren praktisch medisch onderwijs in de huisartspraktijk. In het eerste jaar maakt de student reeds kennis met het werk van de huisarts en van de andere werkers in de eerste lijn. In het kader van deze oriëntatie in de eerste lijn brengt de student twee dagen door bij de huisarts en telkens een dag bij de wijkverpleegkundige, de gezinsverzorg(st)er en de maatschappelijk werk(st)er. In de jaren twee tot en met vier is er gelegenheid voor het volgen van een of meerdere keuzeblokken (als regel zes weken) huisartsgeneeskunde. Voorts kan een beperkt aantal studenten meedoen aan het zogenaamde adoptieplan, een vorm van onderwijs gekoppeld aan de blokthemata, waarbij de huisarts een student als het ware adopteert. In het vijfde studiejaar wordt een drie maanden durende stage georganiseerd. In dit artikel wordt ingegaan op de achtergronden en de opzet van dit co-assistentenschap.

UITGANGSPUNTEN

Tijdens de tweede fase van de studie geneeskunde, de jaren vijf en zes, ligt het accent op het praktisch medisch onderwijs, elders co-assistentenschappen genoemd.

De duur van de tweede fase bedraagt in Maastricht 20 maanden, verdeeld over twee cursusjaren. Hierin zijn 55 weken voorzien voor intra-muraal praktisch medisch onderwijs en zestien weken voor extra-muraal onderwijs. De resterende dertien weken zijn keuze-onderwijs.

In het studiejaar 1978-1979 volgden voor het eerst vier groepen studenten die in 1974 met de studie geneeskunde waren begonnen, een stage in de huisartspraktijk. De keuze voor een stage van drie maanden (aanvankelijk dertien, later twaalf weken) was een van de consequenties van de oriëntatie op de eerste lijns gezondheidszorg die van het begin af aan een van de kenmerken is van de Maastrichtse Faculteit.¹²

De lijn voor de ontwikkeling van deze stage is in eerste instantie uitgezet door de eerste decaan, prof.dr. H. Tiddens, in zijn diesrede in januari 1977. Hij zei hierin onder andere: "Ik ben ervan overtuigd dat de problemen waarmee de huisarts geconfronteerd wordt, dikwijls vragen om een aanpak die wezenlijk verschillend is van de benadering die in de ziekenhuisgeneeskunde gekozen zou worden".³

Tegen deze achtergrond werden twee hoofddoelstellingen geformuleerd voor een stage in de huisartspraktijk:

— in de huisartspraktijk vindt de student een variëteit van problemen die afwijkt van de ziekenhuissetting; vanuit dit oogpunt kan de stage beschouwd worden als een algemeen klinische stage;

— de huisartspraktijk kent een specifieke werkwijze en specifieke problemen waarmee studenten vertrouwd dienen te raken. In concreto betekent dit het verwerven van vaardigheden in het methodisch benaderen van problemen.

Aan de twee hoofddoelstellingen werden nog toegevoegd:

— het aanleren van vaardigheid in de verslaglegging, met name in de probleemgeoriënteerde verslaglegging;

— het verwerven van kennis, vaardigheden en attitude die van belang zijn voor een adequate hulpverlening in de eerste lijn, waarbij ook bedoeld wordt op de aandacht voor samenwerkingsmogelijkheden in de hulpverlening binnen en tussen de echelons van de gezondheidszorg.

Het probleemoplossend proces van de in de gezondheidszorg aangeboden klachten en problemen neemt als regel een aanvang in de eerste lijn. Het is voor studenten van wezenlijk belang dit proces vanaf het begin mee te maken, met name ook voor die studenten die in de toekomst in de tweede lijn werkzaam zullen zijn.

Praktisch Medisch Onderwijs in de Huisartsenpraktijk -zes spelregels-



de nabespreking -zes spelregels-

1. Schep een rustige sfeer
2. Bevordert het kritisch reflecteren van de student door:
 - niet zozeer het geven van de juiste antwoorden
 - maar meer het stellen van de juiste vragen
 - vragen naar motieven, alternatieven, consequenties
3. Sluit aan bij:
 - wat de student al weet
 - wat de student zou willen leren
4. Geef het commentaar gedoseerd
5. Ga na of het commentaar begrepen wordt
6. Bedenk dat het niet alleen gaat om kennis,
 - maar ook om: het omgaan van de student met de patiënt in diens omgeving

Op basis van deze uitgangspunten werd deze stage niet alleen een van de belangrijkste en grootste stages in de opleiding tot basisarts, maar werd ook de plaats van deze voor alle studenten verplichte stage vastgesteld: in het vijfde studiejaar, tezamen met de eveneens twaalf weken durende stages interne geneeskunde en algemene heelkunde.

In de stage leert de student zowel algemeen geneeskundige als specifiek huisartsgeneeskundige aspecten van de gezondheidszorg kennen. De student leert de in de jaren 1-4 opgedane kennis en vaardigheden toepassen in de huisartspraktijk. Daarnaast maakt de student kennis met het werk van de huisarts. Vandaar ook de naam van de stage: praktisch medisch onderwijs in de huisartspraktijk.

OPZET VAN DE STAGE

De stage is opgezet aan de hand van een model met een zestal kenmerken, ook wel spelregels genoemd (figuur 1):

1. Eén student, één opleider

Er is sprake van een één op één relatie van student en huisartsopleider. Anders dan in de kliniek is in de huisartspraktijk één persoon verantwoordelijk voor het leerproces van de student en is er sprake van één student en één opleider.

De student neemt minimaal halve dagen deel aan het werk in de praktijk (20 uur per week). De resterende tijd is bestemd voor zelfstudie op basis van de opgedane ervaringen, voor het voorbereiden van de terugkomdag, en voor het maken van verslagen (12 uur) en voor de terugkomdag (8 uur). De reistijden kunnen oplopen tot drie uur per dag.

2. Actieve rol van de student

De student speelt een zelfstandige en actieve rol in de praktijk. Per stagedag is een minimum aantal van drie zelfstandige patiëntencontacten voor de student voorzien. Als regel betreft het consulten in de praktijk. Het is echter ook de bedoeling dat de student tijdens de stage zelfstandig een aantal visites doet.

Figuur 1.
Spelregels Praktisch Medisch Onderwijs in de Huisartspraktijk (stagewerkboek Praktisch Medisch Onderwijs in de Huisartspraktijk)¹

De student doet de intake, inclusief de vraagverheldering, de anamnese en het onderzoek. Hij legt zijn probleemdefinitie met beleidsplan voor aan de patiënt en aan zijn opleider. Dan neemt de huisarts het contact over en rondt het consult af. De huisarts houdt de eindverantwoordelijkheid. Het is uitdrukkelijk niet de bedoeling dat eerst de huisarts de patiënt ziet en in tweede instantie pas de student. De student is de eerste die met de patiënt en diens vraag/probleem wordt geconfronteerd. De bevindingen worden volgens het SOEP-systeem vastgelegd in een zogenaamd journaal (figuur 2). De letters S, O, E, en P staan respectievelijk voor de subjectieve belevingen van de patiënt en de belevingen en bevindingen van de arts (S), de objectieve bevindingen (O), de analyse of evaluatie op basis van het voorafgaande (E) en het behandelingsplan (P). Het journaal is een van de delen van het systeem van probleemgeoriënteerde patiënt-registratie.^{5,6}

Het aantal journaals dat een student in de stage minimaal dient te maken is vastgesteld op 125. Dit aantal wordt als regel ook gehaald. Het schrijven van het journaal dwingt de student tot het expliciteren van zijn bevindingen en zijn wijze van werken. Het is een vorm van

reflectie op het gericht en systematisch werken, de relatie met de patiënt, het medisch handelen en het psychosociaal handelen.⁷ Wekelijks maakt de student aan de hand van de journaals een tabellarisch overzicht van de hulpvragen waarmee hij de voorbije week is geconfronteerd. De bedoeling hiervan is de opgedane leerervaringen bij te houden en na te gaan of voldoende huisartsgeneeskundig relevante klachten/problemen worden gehoord en gezien. Voorts dient het overzicht om systeem te brengen in de grote hoeveelheid gegevens. De rubricering die hiervoor wordt gebruikt is afgeleid van de International Classification of Primary Care - ICPC.⁸ Overigens noteren veel studenten niet alleen de reden van komst, maar ook de bijkomende en achterliggende problemen of de diagnoses en probleemformulering. De klachteninventarisatie staat momenteel ter discussie. Gezien het doel van de stage lijkt het het beste eenduidig te kiezen voor het noteren van de probleemformulering.

3. Dagelijks leergesprek/nabespreking

Op basis van de door de student gemaakte verslagen houdt de opleider een nabesprek of leergesprek. De term "leergesprek" heeft de voorkeur. De student is primair in de praktijk om te leren, niet om te werken. Voor dit leergesprek dient dagelijks een uur te worden uitgetrokken, bij voorkeur op een tevoren af te spreken tijdstip.

De opleider plaatst, soms vooraf, maar vaak tijdens het gesprek, opmerkingen op het journaal, waarna het leergesprek volgt. De belangrijkste aandachtspunten in het leergesprek zijn de vraagverheldering door de student, de (wijze van) hypothesevorming en -toetsing en de systematiek van werken. Ook is het leergesprek er om in te gaan op de integrale benadering en de arts-patiënt relatie. Tenslotte dient aan de orde te komen het te voeren beleid bij veel voorkomende problematiek in de huisartspraktijk (protocollen, standaarden). Op basis van het besprokene wordt een afspraak gemaakt over zelfstudie door de student.

4. Zelfstudie

De bedoeling van de zelfstudie is dat de student naar aanleiding van de in de praktijk opgedane ervaringen en op basis van de op het eind van elk leergesprek gemaakte afspraken individueel verder studeert. Voorts is de tijd

Figuur 2.
Schema van de structuur
van het journaal

<i>S</i> ubjectief:	patiënt = Sp	Ingangsklacht en globale oriëntatie, vraagverheldering
<i>S</i> ubjectief:	arts = Sa	Sa ₁ Wat roept de patiënt gevoelsmatig op? Sa ₂ Welke gedachten roept het probleem op? (diagnostisch proces, voorlopige hypothesen)
<i>O</i> bjectief:	anamnese = Oa	Gerichte anamnestiche vragen (nieuwe hypothesen?)
<i>O</i> bjectief:	onderzoek = Oo	Gericht lichamelijk onderzoek, gericht huisartsgeneeskundig laboratorium onderzoek (nieuwe hypothesen?)
<i>E</i> valuatie:	patiënt = E	Probleemformulering van patiënt en arts (student) Werkhypothese(n) Differentiaal diagnose
<i>P</i> lan: handelingsplan = P		D Verdere diagnostiek? T Behandeling; R/ V Voorlichting, informatie, advies B Beleid, follow-up, afspraken Consultevaluatie

voor zelfstudie nodig voor het maken van verslagen over de patiëntbespreking en het transmuraal onderwijs, voor het schrijven van het werkstuk en voor de voorbereiding van de wekelijkse terugkomdag.

5. *Wekelijks een terugkomdag*

Tijdens de stage wordt elke student ingedeeld in een stagegroep van maximaal elf studenten. In het studiejaar 1988-1989 waren er twaalf groepen verdeeld over zeven perioden. Afhankelijk van het te verwachten aantal studenten en met name van het aantal opleiders dat in een bepaalde periode beschikbaar is, worden er in één periode één of twee stagegroepen geformeerd. Elke groep wordt begeleid door een huisarts-medewerker van de vakgroep huisartsgeneeskunde, de huisartsbegeleider.

Naast het onderwijs in de praktijk is er het onderwijs op de faculteit. De stage begint, zoals gezegd, met een introductieweek. Deze speelt zich deels op de faculteit, deels in de praktijk af. Het programma omvat kennismaking met elkaar, de facultaire huisartsbegeleider en de huisartsopleider, oefenen met het journaal en met het model van de patiëntbespreking op de terugkomdagen, het maken van afspraken voor het terugkomdag-programma, voorbereiding op de praktijkobservatie en deze observatie zelf. Tenslotte wordt aandacht besteed aan mogelijke lacunes (met name op het gebied van de farmacotherapie en de kleine vakken).

Wekelijks is er een terugkomdag, voor alle groepen op woensdag. Er is dan gelegenheid voor het uitwisselen van ervaringen ('spuien'), er is een bij toerbeurt door de studenten voorbereide en gepresenteerde patiëntbespreking en er is een thematisch programma. De voorbereiding hiervan gebeurt als regel door de studenten (twee per thema). De keuze van de themata, evenals trouwens van de casuïstiek, staat vrij, met dien verstande dat het om huisartsgeneeskundig relevante zaken moet gaan. De patiëntbesprekingen gaan bijvoorbeeld over patiënten met klachten van het bewegingsapparaat, oogklachten, hypertensie, moeheid. De themata betreffen bijvoorbeeld somatische fixatie, gezinsgeneeskunde, kindermishandeling, de buitenlandse patiënt.

6. *Samenwerking huisartsopleider - faculteit*

In de opzet van de stage zijn voorts inbegre-

pen een aantal gestructureerde contacten tussen faculteit en de opleiders om de voortgang van de individuele stages te bewaken. De opleiders krijgen tevoren de indelingslijst en de benodigde informatie toegestuurd. Als regel neemt de facultaire begeleider de week voordat de stage begint contact op met de opleider. In de derde of vierde week vindt een stagebezoek plaats. De voortgang wordt besproken en de facultaire begeleider maakt een stukje mee van het leergesprek van opleider en student. Zo nodig wordt het omgaan met het journaal geoefend. In de twaalfde week is er een eindgesprek van facultair begeleider, opleider en student. De stagebeoordeling wordt dan opgemaakt.

Op basis van het zelfstandig contact met patiënten wordt deze stage gedragen door een goede onderlinge communicatie van opleider, student en begeleider.

Het zelfstandig contact met patiënten, het schrijven van het journaal en het dagelijkse leergesprek vormen de kernactiviteiten van de stage. Voorts dient de student een patiënt en de personen in diens omgeving, bijvoorbeeld een gezin, te vervolgen en met hen gesprekken te hebben over de door hen ervaren en meegemaakte gezondheidsproblemen, inclusief de psychosociale component hiervan. Hierover schrijft de student een zogenaamd verslag "patiënt en omgeving". Een andere, vooralsnog experimentele, activiteit is het transmuraal onderwijs. De student vervolgt een patiënt vanuit de eerste naar de tweede lijn. Het kan hierbij gaan om een opname, maar ook om een poliklinische verwijzing.

Bijkomende activiteiten betreffen onder andere: observaties van en door de opleider, contacten met andere hulpverleners in de eerste en tweede lijn, het bijwonen van teambesprekingen of intercollegiaal overleg en het meemaken van avond- en weekenddiensten.⁹

DE HUISARTSOPLEIDERS

Aantallen en vorm van praktijkorganisatie

Eind 1978 werd begonnen met ruim 30 opleiders. Met het toenemen van het aantal studenten tot de huidige jaarlijkse instroom van 150 is ook het aantal opleiders gegroeid. Een honderdtal huisartsopleiders verdeeld over 74 praktijken is momenteel bereid jaarlijks

één, twee of soms zelfs drie keer een student een leerperiode van drie maanden in hun praktijk te laten doorbrengen. Het aantal studenten dat jaarlijks de stage volgt en daarmee het benodigde aantal opleidingsplaatsen is ruim 130.

De opleiders zijn zowel werkzaam als solist als in gezondheidscentra, groepspraktijken en associatiepraktijken. Met een aantal praktijken in de regio is de faculteit een speciaal samenwerkingsverband aangegaan ten behoeve van onderzoek, gezondheidszorg en/of onderwijs. Van deze geacademiseerde praktijken werken er dertien mee aan de stages. De overige opleiders - het overgrote deel - werkt mee op basis van een affiliatiecontract (figuur 3). De praktijken liggen in de provincie Limburg tot de grens Venlo - Venray en in het Zuidoosten van Noord-Brabant.

De huisartsopleiders dienen minimaal twee jaar als huisarts werkzaam te zijn. De praktijk-outillage dient zodanig te zijn dat er ruimte is voor een student/co-assistent. Er dient een behoorlijk registratiesysteem te zijn en de student moet voldoende patiënten kunnen zien. Aanvankelijk was het moeilijk voldoende opleiders te krijgen. Na de introductie van een vergoedingssysteem met premies voor meerjaren/meerstudenten contracten en na intensieve werving tot in het Noorden van Limburg en Noord-Brabant toe, is er zelfs een gering surplus aan opleiders ontstaan.

Van de opleiders wordt verwacht dat zij een positieve instelling hebben ten aanzien van het opleiderschap en deze rol kundig en met plezier vervullen. Met name wordt verwacht dat zij het huisartsenvak aan de hand van concrete situaties kunnen expliciteren en bereid en in staat zijn leergesprekken te houden. Voor iemand die gewend is alleen te werken is het soms een hele opgave uit te leggen waarom hij op een bepaald moment in een bepaalde situatie dit of dat doet. Ook

moet de opleider voldoende tijd beschikbaar kunnen maken. Dit met name met het oog op het dagelijkse leergesprek.

De opleiders zijn door de jaren heen in groten getale trouw mee blijven werken. Dit ondanks de grote investering in tijd en aandacht die elke keer weer moet worden gedaan om een student in een nauwe samenwerkingsrelatie gedurende drie maanden in de eigen praktijk te hebben en op te leiden. Een beperkt aantal opleiders heeft in de loop der jaren de overstap gemaakt naar de beroepsopleiding tot huisarts. Daarnaast zijn enkele opleiders om verschillende redenen na kortere of langere tijd gestopt.

Didactische voorbereiding

Ter voorbereiding op hun taak hebben de opleiders een introductieworkshop gevolgd van twee dagen.¹⁰ Het programma beoogt, naast het geven van informatie en het beantwoorden van vragen, de aanstaande opleiders vooral didactisch voor te bereiden op hun taak.

De volgende zaken komen aan de orde. Er wordt informatie gegeven over het onderwijssysteem in Maastricht en over de stage. Vragen zoals bijvoorbeeld de vraag hoe patiënten reageren op de aanwezigheid van een student worden in aanwezigheid van een ervaren opleider beantwoord. Ook vertellen enkele studenten over hun ervaringen en beantwoorden zij vragen. Het tweede aspect is dat de structuur en het gebruik van het SOEP-journaal worden uitgelegd. Er wordt geoefend in het schrijven van journaals en in het analyseren van verslagen.

Een derde punt van uitvoerige aandacht en oefening is het leergesprek. Aan de hand van enkele videobanden wordt ingegaan op de systematiek en inhoud van het leergesprek. Het leergesprek wordt aan de hand van de journaals en met behulp van rollenspelen geoefend. Speciale aandacht krijgen - gerelateerd aan de leerbehoefte van de student - het geven van feedback, het gericht en systematisch werken (met name de vraagverheldering) en de hypothesevorming en -toetsing. Voorts wordt nog kort aandacht besteed aan hoe de opleider informatie aan de student dient over te dragen. Dit kan informatie zijn over achtergronden van patiënten, maar bijvoorbeeld ook over beleid bij bepaalde klachten en problemen.

Eén tot anderhalf jaar nadat nieuwe opleiders

Figuur 3.
Vormen van praktijkorganisatie

	geacademiseerd	affiliaties	totaal
Gezondheidscentra	5	2	7
Groepspraktijken	2	6	8
Associatiepraktijken	5	18	23
Huisarts-solisten	1	35	36
Totaal	13	61	74

de introductieworkshop hebben gevolgd en nadat zij met een of twee studenten ervaring hebben kunnen opdoen, worden zij gedurende een dagdeel terugverwacht voor een vervolgtraining. Er is dan gelegenheid voor het uitwisselen van ervaringen. Tevens wordt een voortgezette training in het voeren van leergesprekken gegeven. Eerst dan volgt de definitieve erkenning als opleider bij deze stage.

De verdere scholing van de opleiders gebeurt vooral individueel aan de hand van de stageplaatsbezoeken die de begeleiders twee keer in de stage afleggen. Met name tijdens het eerste bezoek wordt ingegaan op het werken met het journaal en wordt feedback gegeven op het leergesprek. Daarnaast kunnen de opleiders inschrijven op vakmatige, themagerichte bijeenkomsten die worden aangeboden aan de opleiders van de huisartsopleiding en het praktisch medisch onderwijs huisartsgeneeskunde gezamenlijk. Het is verder de bedoeling in 1990 nog enkele voortgezette didactische trainingen te organiseren. Deze komen dan tezamen met de hiervoor genoemde vervolgtraining in de plaats van de tot voor twee jaar gebruikelijke "midstage-bijeenkomsten", die veelal het karakter hadden van het uitwisselen van ervaringen. De behoefte hieraan liep echter met de toenemende ervaring sterk terug. Tegelijkertijd leert de ervaring dat het houden van goede leergesprekken niet in een eenmalige training kan worden geleerd.

Vergoeding

De opleiders ontvangen voor hun werk een vergoeding. Deze vergoeding is niet alleen een vergoeding voor de verrichte inspanning en de bestede tijd, maar zij is ook bedoeld als bijdrage voor extra voorzieningen en instrumentarium ten behoeve van de student. De hoogte van de vergoedingen is afhankelijk van het aantal studenten dat per jaar wordt opgeleid en van het feit of men een driejarig dan wel een eenjarig contract heeft afgesloten. Teneinde voldoende continuïteit te hebben in het aantal opleidingsplaatsen is de faculteit ertoe overgegaan te werken met driejarige contracten. Het opleiden van meer dan één student per jaar levert, zoals al hiervoor opgemerkt, een bonus op en ook het aangaan van een driejarig contract. Een opleider of opleidingspraktijk die gedurende drie jaar jaarlijks drie studenten opleidt, krijgt het maximale bedrag (figuur 4).

looptijd contract (in jaren)	aantal studenten per jaar	tarief per student	totaal per jaar
1	1	f 3.300,-	f 3.300,-
1	2	f 3.600,-	f 7.200,-
1	3	f 4.000,-	f 12.000,-
3	2	f 4.200,-	f 8.400,-
3	3	f 4.700,-	f 14.100,-

Overigens staat momenteel het tarievenstelsel om budgettaire redenen op de tocht. De nieuwe contracten die vanaf het studiejaar 1990-1991 zullen worden afgesloten, zijn gebaseerd op een bedrag van f 2000,- per student per jaar als het gaat om eenjarige contracten, en f 2500,- per student ingeval van een driejarig contract. Het is de bedoeling dat het bonussysteem voor meer studenten verdwijnt. Dit laatste vooral om het systeem eenvoudiger te maken.

Figuur 4.
Tariefstelsel vergoedingen opleiders (t/m studiejaar 1989-1990)

EVALUATIE EN BEOORDELING

In de stage heeft de student te maken met drie vormen van evaluatie casu quo beoordeling: de programma-evaluatie, de voortgangsevaluatie en de stagebeoordeling.

Programma-evaluatie

De programma-evaluatie is bedoeld om vorm en inhoud van de stage, zowel het praktijkdeel als het facultaire deel, in relatie tot de doelstellingen ervan te evalueren. Aan het eind van de stageperiode wordt hiertoe aan elke student, de opleider en de begeleider een vragenlijst voorgelegd. De gegevens worden per periode verwerkt. Na afloop van ieder studiejaar wordt een evaluatieverslag over het afgelopen studiejaar gemaakt.¹¹ In het volgende nummer van dit blad zal worden ingegaan op de evaluatie.

Voortgangsevaluatie

Gedurende de jaren vijf-zes blijft de student deelnemen aan de voortgangstoetsen die viermaal per jaar worden afgenomen bij alle studenten. Met dit systeem wordt de kennis van de studenten getoetst. Dankzij dit systeem kan de aandacht bij de evaluatie van de studenten tijdens de stage zich toespitsen op zaken als het toepassen van kennis in praktische situaties, vaardigheden en attitude. Hier-

bij is vooral de feedback van belang die de student dagelijks krijgt van de opleider en wekelijks van de begeleider en de medestudenten in de stagegroep.

Experimenten met vormen van formatieve evaluatie zoals het driemaal per stage afnemen van een schriftelijke toets bestaande uit gestructureerde open vragen met betrekking tot patiëntproblemen in de huisartspraktijk en zoals consulten met simulatiepatiënten hebben, afgezet tegen de investering, uiteindelijk toch niet het verwachte evaluatie-effect opgeleverd. De organisatie ervan was ingewikkeld en tijdrovend. Overigens is uit de observatie van de simulatiepatiënt-contacten wel het stagebeoordelingsformulier gegroeid. Dit formulier heeft vervolgens in aangepaste vorm ook ingang gevonden in de beoordeling van de klinische stages. Het systeem van schriftelijke toetsen is los van het praktisch medisch onderwijs huisartsgeneeskunde geëvolueerd tot het project Summatieve Evaluatie van Medisch Probleemoplossen, een project dat intussen tot een promotiestudie heeft geleid.¹²

De stagebeoordeling

De stage maakt deel uit van het artsexamen. Conform het examenreglement van de faculteit dienen bij de stagebeoordeling aan de orde te komen: het medisch denken en handelen, kennis, vaardigheid en attitude. Met als achtergrond dat het om een stage in de huisartspraktijk gaat, heeft de planningsgroep praktisch medisch onderwijs huisartsgeneeskunde in het beoordelingsformulier deze aspecten als volgt uitgewerkt (figuur 5).⁴ Bij het aspect medisch denken en handelen wordt vooral de opbouw en structurering van het hulpverleningscontact beoordeeld. De diverse items van het SOEP-systeem worden apart benoemd. Bij het aspect vaardigheden worden de vaardigheden "hanteren van de arts-patiënt relatie, somatisch handelen en psychosociaal handelen" ieder apart beoordeeld. Bij kennis wordt een onderscheid gemaakt in kennisniveau en het vermogen kennis te verwerven. Bij het aspect van de attitude wordt gelet op inzet, betrokkenheid en zorgvuldigheid, reflectie op het eigen functioneren, omgaan met feedback en kritiek. De formele verplichtingen zoals het aantal journaals en aanwezigheid in de praktijk worden eveneens in de beoordeling betrokken.

Naast het praktijkdeel (deel A; figuur 5) kent de stage, zoals hiervoor vermeld, een facultair deel (deel B; figuur 5). Ook dit deel wordt meegenomen in de beoordeling. Behalve het formele aspect van voldoende aanwezigheid worden beoordeeld: de wijze van deelname aan de groepsbijeenkomsten, de presentatie van de patiëntencasus, de voorbereiding en presentatie van de themabesprekingen, het verslag patiënt en omgeving.

De beoordeling van het praktijkdeel gebeurt in de laatste stageweek door de opleider en facultaire begeleider gezamenlijk. De student is aanwezig bij deze eindevaluatie. De begeleider is uiteindelijk verantwoordelijk voor de te geven kwalificatie. De beoordeling van het facultair deel gebeurt door de begeleider. Aan de hand van de hiervoor genoemde items wordt aan beide delen apart een kwalificatie toegekend: onvoldoende, twijfelachtig, voldoende, goed of zeer goed. Daarna wordt het eindoordeel vastgesteld door combinatie van de beide delen. De combinatie 'voldoende' voor het praktijkdeel en 'goed' voor het facultaire deel resulteert in de eindkwalificatie 'voldoende'. Het praktijkdeel weegt in voorkomende gevallen zwaarder dan het facultaire deel. De combinatie 'twijfelachtig' voor het praktijkdeel en 'zeer goed' voor het facultaire deel bijvoorbeeld, resulteert in het eindoordeel 'voldoende'.

Als de stage beoordeeld wordt met de kwalificatie twijfelachtig of onvoldoende zal de student als regel zes weken stage moeten overdoen. Dit gebeurt meestal in het zesde studiejaar en bij een andere opleider. In een stage als deze met de intensieve begeleiding door de opleider en de begeleider komt een dergelijke beoordeling niet onverwacht.

Praktisch altijd is tevoren met de student en de opleider reeds uitvoerig overleg geweest. In uitzonderlijke situaties wordt in overleg met de examencommissie de gehele stage overgedaan.

Hoewel er bij een aantal items in het praktijkdeel (deel A; figuur 5) sprake is van een zekere overlap en het de vraag is of medisch denken en handelen volledig samenvalt met gericht en systematisch werken, valt er in de praktijk met het stagebeoordelingsformulier, althans wat betreft deze aspecten, goed te werken. Minder goed voldoet het geven van kwalificaties (en daardoor punten) als het om de formele verplichtingen gaat. Iemand kan bijvoorbeeld hierop hoog scoren en tegelijk relatief laag op

Deel A: Functioneren student op de stageplaats

1. Medisch denken en handelen

(gericht en systematisch werken)

- Sp : ingangsklacht en vraagverheldering
Sal: weergeven eigen gevoelens
Sa2: eerste hypothesevorming
Oa : gerichte anamnese
Oo : gericht lichamelijk onderzoek
E : weergave probleem van patiënt
bevindingen van arts (student)
werkhypothese/differentiaal diagnose
P : d. verdere diagnostiek
t. behandeling
v. voorlichting, informatie, advies
b. beleid / afspraken

2. Vaardigheden

Hanteren arts-patiënt relatie
Somatisch handelen
Psychosociaal handelen
Verslaglegging

3. Kennis

Kennisniveau
Vermogen kennis te verwerven

4. Attitude

Inzet, betrokkenheid, zorgvuldigheid
Reflectie op eigen functioneren
Omgaan met feedback en kritiek

5. Verplichtingen

Aanwezigheid (aantal halve dagen afwezig:)
Aantal journaals:

6. Activiteiten stageplaats

Transmurale zorg
Deelname intercollegiaal overleg
Deelname interdisciplinair overleg
Zuigelingen en/of kleuterbureau
Contact met wijkverpleegkundige
Contact met maatschappelijk werker
Contact met fysiotherapeut
Avond- en/of weekenddienst
Andere activiteiten

7. Suggesties c.q. opmerkingen

8. Totaal aantal punten

deel A:

Datum

Gezien door opleider
student
facultaire begeleider

9. Commentaar op de beoordeling

(aangeven door wie: student/opleider/facultaire
begeleider)

Deel B: Functioneren student facultair deel stage

10. Verplichtingen en activiteiten onderwijsgroep

Aanwezigheid (aantal halve dagen afwezig:)
Wijze van deelname
Patiëntpresentatie
Themabespreking(en)
Verslag patiënt en omgeving

11. Totaal aantal punten

deel B:

Deel C: Eindbeoordeling

12. Totale indruk stage, samenvatting door facultaire begeleider

Datum

Gezien door student
facultaire begeleider
coördinator

de inhoudelijk als meer belangrijk ervaren items. De beoordeling wordt dan als het ware omhoog gedrukt, hetgeen door medestudenten en ook de begeleider niet altijd als rechtvaardig wordt ervaren. Een probleem is soms ook dat de ene opleider of begeleider eerder aan 'goed' denkt, terwijl de andere eenzelfde niveau als 'voldoende' beschouwt. Overigens is het dit studiejaar voor het eerst dat op gezag

van de Vaste Commissie voor de Examens de kwalificaties 'goed' en 'zeer goed' kunnen worden gegeven. Met de mogelijkheden 'voldoende', 'twijfelachtig', 'onvoldoende' deden deze problemen zich minder voor. Opleiders en begeleiders beschikken kennelijk over een soort ingebouwde klok wat betreft de grens voldoende of niet voldoende, maar niet waar het de andere differentiaties betreft.

Figuur 5.
Items formulier
stagebeoordeling
Praktisch Medisch
Onderwijs in de Huisarts-
praktijk (de beoordeling
op de verschillende items
geschiedt steeds met
behulp van een 5 punts-
schaal, behalve punt 6
waarin alleen ja of nee
wordt ingevuld).

BESCHOUWING

De stage praktisch medisch onderwijs huisartsgeneeskunde in het vijfde studiejaar biedt de student gelegenheid zijn kennis en vaardigheid te toetsen in de algemene praktijk. Hierbij is van belang dat de student kennis maakt met een grote variëteit aan problematiek. De stage biedt de student bovendien gelegenheid ervaring op te doen met het verloop van klachten en problemen binnen het circuit van de gezondheidszorg. Als regel wordt slechts een klein gedeelte van de gezondheidsproblemen die bij de huisarts terecht komen verwezen. De student neemt kennis van de afwegingen die de huisarts ingeval van verwijzing of juist niet verwijzen maakt.

Tegen deze achtergrond valt er veel voor te zeggen dat de stage vroeg in de tweede fase plaatsvindt. Voor de opleider betekent dit echter dat hij veelal een wat betreft het omgaan met patiënten en hun problemen, op de training in de eerste vier jaar in het zogenaamde skillslab na, nog onervaren student moet opleiden. In de nauwe samenwerkingsrelatie van huisarts en student is dit een grote opgave. Opleiders geven dit ook veelvuldig aan op het evaluatieformulier dat zij op het eind van de stage dienen in te vullen. De recent aangekondigde bezuiniging op de stage-vergoeding komt dan ook extra hard aan.

Een stage van drie maanden in de huisartspraktijk past binnen de extra-murale, eerstelijns profilering van Maastricht. De stage biedt de student zowel een klinische als een maatschappelijke oriëntatie. De studenten doen ervaring op met community oriented primary care. Zij leren wat gezondheidsproblemen voor veel mensen betekenen en wat de context ervan is. Door de lengte van de stage leren de studenten in de praktijk wat continuïteit van zorg betekent, inclusief het transmurale aspect ervan. Zij krijgen zicht op de omgang met chronisch zieke patiënten, op beleid en de uitwerking ervan en op de afloop of het verloop van ziekten. Zij leren bovendien wat het in toenemende mate als belangrijk ervaren concept van de thuiszorg inhoudt. De stage, tenslotte, is voor veel studenten van groot vormend belang. De nauwe omgang met patiënten, maar ook met de opleider, doet een groot appèl op de communicatieve vermogens van de student en op zijn instelling ten aanzien van het artsenvak. De erva-

ring leert dat de stage voor veel studenten niet alleen een leerzame periode betekent, maar ook dat het een de student soms zeer persoonlijk rakende testcase is met betrekking tot de toekomstige beroepsuitoefening. En hierbij gaat het niet uitsluitend om een mogelijke beroepsuitoefening als huisarts.

LITERATUUR

1. Bouhuijs PAJ, Brouwer W, Mol AHM. Praktisch medisch onderwijs in de huisartspraktijk. Huisarts en Wetenschap 1980; 23: 8-12.
2. Bouhuijs PAJ. De ontwikkeling van het praktisch medisch onderwijs in de huisartspraktijk. Proefschrift, Maastricht, 1983.
3. Tiddens HA, Praktische prioriteiten. Rede ter gelegenheid van de eerste Dies Natalis. Rijksuniversiteit Limburg, Maastricht, 1977.
4. Stagewerkboek praktisch medisch onderwijs in de huisartspraktijk 1989-1990. Rijksuniversiteit Limburg, Maastricht.
5. Weed LL. Medical Records, medical education and patient care. Case Western Reserve University, Cleveland / Year Book. Chicago: Medical Publishers inc., 1969.
6. Themanummer probleemgeoriënteerde registratie. Huisarts en Wetenschap 1979; 22: 1-60.
7. Grol RPTM (red.). Huisarts en somatische fixatie. Utrecht: Bohn, Scheltema & Holkema, 1980.
8. Lamberts H, Wood M. International Classification of Primary Care (ICPC). Oxford-New York-Tokyo: Oxford University Press, 1987.
9. Rijntjes AG, Bouhuijs PAJ, Brouwer W, Mol AHM. Praktisch medisch onderwijs in de huisartspraktijk. Medisch Contact, 1983; 13: 365-7.
10. Rijntjes AG, Mol AHM. Praktisch medisch onderwijs in de huisartspraktijk. Medisch Contact 1984; 11: 336-8.
11. Wolfhagen HAP, Root JHM op't. Programma-evaluatie PMO-H; overzicht van de resultaten 1988-1989. PPE-reeks nr. 6, Rijksuniversiteit Limburg, Maastricht, 1989.
12. De Graaff E. Simulation of initial medical problem-solving. Studies on the development of a new measure for the assessment of medical problem-solving ability. Proefschrift, Maastricht, 1989.

In het Nieuwsblad Gezondheidszorg werd kortgeleden in de rubriek "Onderzoek" een beschouwing gepubliceerd over de grote visite.¹

"Onderzoek in Engeland wijst uit: Patiënt reageert positief op doktersronde langs bed". Het is niet duidelijk op welke onderzoeken de uitspraken in het Nieuwsblad zijn gebaseerd. In het begin wordt de suggestie gewekt dat het om een recent onderzoek gaat: "Eindelijk zijn nu ook eens op methodologisch acceptabele wijze de effecten van dergelijke opvoeringen aan het ziekenhuisbed nagegaan" De enige recente publikatie over dit onderwerp komt echter uit Amerika.²

Dit onderzoek werd verricht bij 20 patiënten, die opgenomen waren op verdenking van een hartinfarct. De visite, door 6 artsen, bestond uit een korte presentatie van het probleem van de patiënt, gevolgd door een gesprek van 5 tot 10 minuten met de patiënt. De hartfrequentie, de bloeddruk en de norepinefrine spiegel van de patiënten werden vóór, tijdens en na de visite bepaald. Na afloop van de visite werden de patiënten geïnterviewd en vulden zij de "State-Trait Anxiety Inventory" in. De conclusie van het onderzoek was dat de visite voor de patiënten geen extra stress betekende. Uit de interviews bleek dat de patiënten de informatie die tijdens de visite werd verstrekt, zeer waardeerden.

Kort samengevat een goed opgezet onderzoek in één afdeling in één ziekenhuis, maar geen onderzoeksresultaten die redenen geven tot algemeen geldende positieve uitspraken.

Nadat in het begin van het artikel de suggestie is gewekt dat het om één recent onderzoek gaat, wordt later in het artikel gemeld: "Uit de vele onderzoeken die op dit punt nu al in verscheidene ziekenhuizen, vooral in Engeland zijn uitgevoerd, komt een opvallende conclusie boven drijven" Door het ontbreken van een literatuurlijst is het voor de lezer helaas niet mogelijk om kennis te nemen van "de vele onderzoeken". Het is echter opmerkelijk dat in het al eerder genoemde recente artikel uit Amerika slechts drie literatuurverwijzingen over dit soort onderzoek worden gegeven. Mijn nieuwsgierigheid naar de bronnen van de schrijver van de beschouwing in het Nieuwsblad wordt hierdoor alleen maar aangewakkerd

Het is voor mij onbegrijpelijk dat de auteur zich, aan het einde van het artikel, enigszins schamper uitlaat over een editorial in the Lancet.³ "Nadrukkelijk wordt gesteld dat men niet over één nacht ijs moet gaan en dat men zeer voorzichtig moet zijn met het generaliseren van de conclusies van dit soort onderzoeken. Alsof het hier gaat om uitgebreid, dubbelblind opgezet en aselekt uitgevoerd onderzoek, wordt als laatste, met enige ingehouden reserve, opgemerkt dat verder onderzoek op dit gebied zeer wenselijk zou zijn".

De laatste zin van dit citaat is voor mij ondoorgrondelijk. In het editorial wordt mijns inziens terecht gewaarschuwd voor generaliserende uitspraken naar aanleiding van het tot nu toe verrichte onderzoek.

Kort samengevat het editorial in The Lancet is de moeite van het lezen ruimschoots waard, het artikel in het Nieuwsblad echter niet.

A.J.J.A. Scherpbier

1. Patiënt reageert positief op doktersronde langs bed. Nieuwsblad Gezondheidszorg 1990; 9 jan: 16.

2. Simons RJ, Beily RG, Zelis R, Zwillich CW. The physiologic and psychological effects of the bedside presentation. N Engl J Med 1989; 321: 1273-5.

3. Anonymous. The Trauma of being a patient (Editorial). Lancet 1989; ii: 1309-10.

DE GROTE VISITE