

EXTRAMURAAL CO-ASSISTENTSCHAP EEN PLAN VOOR BEOORDELING EN TOETSING IN NIJMEGEN

J. Schellekens
Huisarts
Stafmedewerker Sector
Studentenonderwijs
Vakgroep Huisartsgeneeskunde
en Verpleeghuisgeneeskunde

J.C.M. Metz
Coördinator
Onderwijsontwikkeling

Correspondentieadres:
Vakgroep Huisartsgeneeskunde
en Verpleeghuisgeneeskunde
Faculteit der Geneeskunde en
Tandheelkunde
Katholieke Universiteit Nijmegen
Postbus 9101
6500 HB Nijmegen

*E*r is beweging gekomen in de vormen waarin de vaardigheid in medisch probleemoplossen getoetst wordt. In dit tijdschrift zijn de ontwikkelingen van de laatste 25 jaar nog onlangs kort samengevat.¹ Het begon met de gedurende korte tijd populaire 'Patient Management Problems' (PMP's), waarvan verschillende varianten zijn beschreven.²⁻³ Deze PMP's waren schriftelijke methoden en hebben ook de bron gevormd voor gecomputeriseerde PMP's, die op sommige punten minder nadelen hadden dan de schriftelijke vormen.⁴⁻⁵ Twijfels aan de validiteit van PMP's en hun grote bewerkelijkheid hebben geleid tot de opkomst, zo'n 15 jaar geleden, van de gestructureerde open vraag.⁶ De laatste tijd zijn in Nederland toepassingen gemeld van een verdere verfijning van deze laatste, de eveneens schriftelijk afgenomen SIMP.¹ Andere methoden zijn het gestructureerd mondeling examen en de eveneens mondelinge 'stimulated recall'-methode.⁷⁻⁸ In dit artikel worden plannen voor een andere mondelinge variant beschreven, waarin elementen van enkele van de genoemde methoden worden gecombineerd. Alvorens daarop in te gaan, volgt hieronder eerst een korte beschrijving van de onderwijskundige context waarin de genoemde toets zal worden toegepast.

HET EXTRAMURAAL CO-ASSISTENTSCHAP

Sinds 1987 is in Nijmegen de tweede fase van de artsopleiding - de periode van de co-assistentschappen - geherstructureerd. Belangrijke verschillen met de situatie daarvoor zijn onder andere het nieuw ingevoerde Algemeen Co-assistentschap (ALCO) en de integratie die tot stand is gekomen tussen de co-assistentschappen Huisartsgeneeskunde, Verpleeghuisgeneeskunde en Sociale Geneeskunde tot een 12-weeks extramuraal co-assistentschap, ook wel genoemd 'Co-assistentschap buiten het ziekenhuis'.⁹⁻¹⁰

De termen 'extramuraal' en 'buiten het ziekenhuis' zijn in deze context moeilijk sluitend te definiëren. In dit artikel worden ze door elkaar gebruikt ter aanduiding van de hieronder beschreven stage.

Het nieuwe co-assistentschap zal bestaan uit drie onderdelen, te weten een stage Huisartsgeneeskunde (6 weken), een stage Verpleeghuisgeneeskunde (3 weken) en een stage bij een Sociaal-geneeskundige instelling (3

weken). Gedurende deze laatste periode wordt kennis gemaakt met een van de takken van de Sociale Geneeskunde: Arbeids- en bedrijfs-geneeskunde, Verzekeringsgeneeskunde, Jeugdgezondheidszorg of Algemene Gezondheidszorg. Dit co-assistentschap is geprogrammeerd aan het einde van de tweede fase, na de meeste klinische co-assistentschappen en kort vóór het artsexamen. In de loop van het voorjaar 1991 zal het van start gaan.

BEOORDELING EN TOETSING

Allereerst wordt hier gewezen op het onderscheid dat gemaakt wordt tussen 'toetsing' en 'beoordeling'. Onder toetsing wordt hier verstaan een eenmalige meting (en een daarop gebaseerde beoordeling) van het medisch denken en handelen na afloop van een onderwijsperiode. Met de term beoordeling wordt bedoeld op een longitudinale evaluatie van het functioneren van de co-assistent gedurende het co-assistentschap. Op

dit onderscheid zijn de verschillende benaderingen gebaseerd die hieronder verder beschreven worden.

Behalve in het onderwijsprogramma van de tweede fase zijn er ook in de examenstructuur sinds 1987 in Nijmegen wijzigingen opgetreden. Voorheen bestond de examinering in de postdoctorale fase van de studie uit twee tentamenperiodes, vroeger aangeduid als semi-arts- en artsexamen, daarna als artsexamen eerste en tweede gedeelte. In het nieuwe curriculum voor de tweede fase van de artsopleiding heeft dit systeem plaatsgemaakt voor een opzet waarbij op de laatste dag van elk co-assistentenschap een patiëntgebonden examen over het betreffende vakgebied moet worden afgelegd.¹¹

Als het bij afsluitende toetsen alléén zou blijven, dan zou de laatste toets worden afgelegd aan het einde van het laatste co-assistentenschap. Het artsdiploma zou daarmee een zogenaamd dossier-diploma worden: na het voldoen aan de eisen voor alle toetsen volgt min of meer automatisch, na het nemen van de laatste hindernis, de bevordering tot arts. Dit werd onwenselijk geacht. Een belangrijke overweging daarbij was dat de bekwaamheid van de (basis)arts méér dient te zijn dan de optelsom van een aantal, ten minste als 'voldoende' gekwalificeerde, vaardigheden op het gebied van afzonderlijke klinische disciplines. Dit zou ook in de examenregeling tot uitdrukking moeten komen. Daartoe is een integraal artsexamen ontwikkeld en ingevoerd.¹¹

In dit artikel wordt met name verslag gedaan van de ontwikkelingen wat betreft de beoordeling door de stageverleners en de toetsing door facultaire stafleden van het 'Co-assistentenschap buiten het ziekenhuis'. Een en ander heeft plaatsgevonden in een werkgroep waaraan geparticipeerd is vanuit de vakgroepen Huisartsgeneeskunde/Verpleeghuisgeneeskunde en Sociale Geneeskunde. De in dit artikel gebruikte voorbeelden zijn afkomstig uit de huisartsgeneeskunde, maar van de andere, aan het extramurale co-assistentenschap deelnemende vakgebieden zijn soortgelijke voorbeelden beschikbaar.

LEERDOELEN VAN HET CO-ASSISTENTSCAP BUITEN HET ZIEKENHUIS

Conform het door alle faculteiten onderschreven Raamplan 1974 luidt de hoofddoelstelling van de medische opleiding dat de arts over de kennis, vaardigheden en attitudes moet beschikken, noodzakelijk voor de beroepsaanvang.¹² Getracht is deze formulering verder uit te werken tot een aantal globale eindtermen voor de opleiding tot basisarts. Kort gezegd komt het erop neer dat de afstuderende arts dient te beschikken over voldoende kennis en vaardigheid, over een kritisch-wetenschappelijke instelling, een gerichtheid op continue zelfontwikkeling, besef van de verantwoordelijkheid van de arts ten opzichte van patiënt en maatschappij en een overzicht over de bestaande medische beroepsvormen.

Deze omschrijvingen zijn niet gemakkelijk concreet te maken. Daarbij zijn gebruikelijke indelingen in verschillende domeinen van medische competentie behulpzaam geweest.² Dit heeft geleid tot een overzicht waarbij voor ieder domein van medische competentie een toets- en/of beoordelingsmoment in de tweede fase is aangegeven. Algemeen uitgangspunt daarbij was dat de basale vaardigheden na het ALCO-schap, dus vóór de co-assistentenschappen worden getoetst, de discipline-afhankelijke vaardigheden tijdens en na de betreffende co-assistentenschappen en de discipline-overstijgende vaardigheden vooral bij het artsexamen. Elders is deze benadering uitvoeriger beschreven.¹¹

Toegesplitst op het extramuraal co-assistentenschap is als algemene doelstelling geformuleerd: "De co-assistent wordt door middel van patiënt-georiënteerd onderwijs de gelegenheid geboden kennis te nemen van, na te denken over en inzicht te verwerven in de aard van de problematiek, de werkwijzen en de mogelijkheden van de gezondheidszorg buiten het ziekenhuis."

Voor de verschillende deelstages is deze doelstelling nader geconcretiseerd in meer specifieke leerdoelen. Voor de huisartsgeneeskunde heeft dit geleid tot onderstaand overzicht.

De co-assistent:

- moet kennisnemen van en zelfstandig oefenen in het toepassen van de vier basisvaardigheden van de huisarts, namelijk het somatisch handelen, het psychosociaal handelen, het hanteren van de arts-patiënt-relatie en het gericht en systematisch werken;
- kan een consult gericht en systematisch afwerken;
- kan een werkbare open en veilige relatie met een patiënt scheppen;
- kan de patiënt ertoe aanzetten mee te denken over wat er aan de hand is en wat er moet gebeuren met de klachten of problemen;
- kan uitleg en informatie verschaffen;
- kan in zijn medisch-probleemoplosproces uitgaan van huisartsgeneeskundige epidemiologie en baseert daarop een gerichte en selectieve aanpak met betrekking tot onderzoek, therapie en verwijzing;
- kan op een goede wijze openstaan voor en ingaan op de niet-somatische kant in het contact met de patiënt;
- kan op een integrale wijze aandacht besteden aan psychosociale aspecten;
- geeft er blijk van enig inzicht te hebben in hoe zijn eigen normen en waarden van invloed zijn op zijn functioneren in relatie tot patiënten;
- geeft er blijk van inzicht te hebben in de plaats van de huisarts in de gezondheidszorg, en de gevolgen daarvan voor zijn functioneren;
- geeft er blijk van enig inzicht te hebben in het preventieve werk van de huisarts;
- geeft er blijk van enig inzicht te hebben in hoe een huisarts samenwerkt met de eerste lijn en met de tweede en derde lijn;
- observeert een aantal patiënten in hun eigen milieu en rapporteert daarover;
- verwerft vaardigheid in de verslaglegging van patiëntcontacten.

Soortgelijke overzichten van leerdoelen bestaan voor de andere onderdelen van het extramurale co-assistentschap: de Verpleeg-huisartsgeneeskunde en de verschillende takken van de Sociale Geneeskunde. Deze zijn desgewenst bij de auteurs op te vragen.

BEOORDELING VAN HET EXTRAMURAAL CO-ASSISTENTSCAP

De beoordeling van het extramuraal co-assistentschap door de diverse stageverleners heeft voornamelijk betrekking op de specifieke leerdoelen van de onderscheiden vakgebieden.

Voor het co-assistentschap Huisartsgeneeskunde wordt momenteel een beoordelingsformulier gebruikt, waarop worden beoordeeld:

- aanwezigheid
- mate van belangstelling voor de patiënten
- mate van belangstelling voor de praktijkvoering
- medisch-technische kennis en kunde
- inzicht in menselijke relaties met name binnen het gezin
- zicht op eigen functioneren

Omdat de beoordeling vooral de ontwikkeling in het functioneren betreft is er voor gekozen deze beoordeling gedurende het co-assistentschap twee maal plaats te laten vinden, tussentijds en aan het einde van de huisartsenstage.

Deze beoordelingsprocedure bevat niet zo erg. De te scoren aspecten en de bijbehorende toelichting zijn te vaag om tot een enigermate uniforme en voldoende discriminerende scoring te komen.

Op dit moment wordt gewerkt aan de ontwikkeling van een nieuw beoordelingsinstrument, waarbij de leerdoelen van de stage huisartsgeneeskunde als uitgangspunt worden genomen en aansluiting wordt nagestreefd bij het werkboek van de co-assistent.

Door co-assistenten Huisartsgeneeskunde wordt al jaren een werkboek gebruikt, waarin ondermeer uit de leerdoelen afgeleide, schriftelijke oefeningen voor de co-assistenten zijn opgenomen. Deze betreffen de registratie van patiëntcontacten op de punten diagnostiek van de huisarts, hulpvraag, prognose, afspraken met de patiënt. Voorts het schrijven van een 12-tal recepten, verwijsbrieven naar verschillende soorten hulpverleners en een aantal praktijk- en zelfobservaties. Dit werkboek is voor belangstellenden bij de auteurs verkrijgbaar.

De ingevulde oefeningen in het werkboek worden in het nieuwe beoordelingsinstrument

zoveel mogelijk benut. Het voordeel van dit laatste is dat de huisarts-docenten/stageverleners al jaren gewend zijn aan dit werkboek. Ter voorbereiding van de training van huisarts-docenten/stageverleners, die tweemaal per jaar plaatsvindt en waaraan deelname verplicht is, wordt een toelichting op de totale toetsings- en beoordelingsprocedure bij dit nieuwe co-assistentenschap geschreven. In deze toelichting worden kort de ontstaansgeschiedenis, het nieuwe arts-examen, de afsluitende toets en ten slotte - wat uitgebreider - de rol van de huisarts-docenten/stageverleners bij de beoordeling beschreven. Tijdens de training zal deze toelichting worden doorgenomen en zal aan de hand van op geluidscassette opgenomen beoordelingsgesprekken tussen huisarts-docent en co-assistent worden geoefend met de beoordelingsformulieren nieuwe stijl.

Voor de beide andere onderdelen van het extramuraal co-assistentenschap, Verpleeg-huisgeneeskunde en Sociale Geneeskunde, worden soortgelijke beoordelingsformulieren ontwikkeld.

AFSLUITENDE TOETS

In de afsluitende toets van het extramuraal co-assistentenschap wordt vooral gestreefd naar een toetsing van het behalen van de algemene doelstelling van het co-assistentenschap. De meer specifieke subdoelen vormen, zoals beschreven, het voorwerp van de beoordeling tijdens de stages.

Als vorm voor de afsluitende toets is gekozen voor een casusgebonden mondeling examen. De casus is schriftelijk, het examen mondeling. Bij iedere casus worden dezelfde standaardvragen gesteld om uniformiteit in de examinering te bewerkstelligen. Voor zover mogelijk zijn enkele extra vragen toegevoegd, die gebruikt kunnen worden bij het nader uitdiepen van de in de casus gepresenteerde problemen. Een voorbeeld van een toetscasus met standaardvragen, richtlijnen voor de examinatoren en extra vragen staat vermeld op pagina 54 en 55.

Degenen die de casus ontworpen hebben, vullen ook de volgens hen juiste antwoorden in. Na controle door een panel van deskundigen worden deze antwoorden door de examinatoren als richtlijn bij de correctie van de toets gebruikt.

TOETSAFNAME

De bedoeling is dat de toets 13 maal per jaar, op de laatste dag van het co-assistentenschap, wordt afgenomen bij de 10 studenten die zojuist hun extramurale stages hebben beëindigd. Vóór iedere examenzitting vindt tussen de examinatoren een kort overleg plaats, bedoeld als een laatste controle op de consensus tussen de examinatoren met betrekking tot de antwoorden op de toetscasus. De 10 studenten komen dan in subgroepen van drie of vier achtereenvolgens, met tussenpozen van drie kwartier, in een examenlokaal. Daar krijgen zij 45 minuten tijd om de casus te beantwoorden. Met de ingevulde casus gaan de drie leden van de eerste groep ieder naar een examiner, die de ingevulde antwoorden met hen doorneemt en bovendien nog extra vragen kan stellen. Dit duurt een half uur. Ondertussen wordt het tweede drietal de examenkamer binnengelaten. Na drie kwartier volgt een herhaling van de vorige procedure en weer drie kwartier later nog eens. De vierde kandidaat van de laatste groep heeft ruim een half uur extra wachttijd.

Na afloop van de examenzitting volgt nog een korte nabespreking tussen de examinatoren. Eventuele suggesties voor correctie van de standaardantwoorden of ideeën voor nieuwe extra vragen en antwoorden worden genoteerd en verwerkt.

CASUSCONSTRUCTIE

Bij het samenstellen van de casus wordt zoveel mogelijk rekening gehouden met de volgende uitgangspunten:

1. De casus heeft betrekking op ten minste twee van de drie vakgebieden tegelijk.
2. De aangeboden informatie moet niet zo logisch geordend zijn als gebruikelijk is in casusbeschrijvingen. Er wordt opzettelijk een hoeveelheid niet-relevante informatie toegevoegd als 'ruis'. Dit om de vaardigheid in het verwerven van ter zake doende informatie te toetsen.
3. De casus besteedt expliciet aandacht aan personen en instanties buiten de patiënt (gezin, familie, buurt, eerstelijnsdisciplines, instanties en instellingen).

4. De casus eindigt met een hulpvraag, die zodanig gesteld moet zijn dat de examinandus wordt gedwongen tot het maken van een 'beleidskeuze'. Bij voorkeur wordt de casus zo geconstrueerd dat meerdere 'beleidskeuzes' mogelijk zijn, maar er slechts één of enkele ook juist zijn.

Het oorspronkelijk streven was gericht op het aanleggen van een bestand van ongeveer 100 casus. Inmiddels zijn 40 casus geproduceerd. Van de geproduceerde 40 casus zijn er momenteel 20 in hun definitieve vorm en nog 20 in bewerking.

De werkwijze bij het maken van een casus is

dat twee leden van een daartoe geformeerde werkgroep een casus schrijven. Daarbij maken ze soms gebruik van de ervaringen (casus) van collegae, werkend op een van de betrokken vakgebieden. Daartoe heeft actieve werving plaatsgevonden onder verpleeghuisartsen, bedrijfsartsen, verzekeringsgeneeskundigen, jeugdartsen en artsen in de algemene gezondheidszorg. De opbrengst is echter mager te noemen. De eerste concepten worden ter correctie voorgelegd aan inhoudelijk deskundigen in en buiten de vakgroepen. De gecorrigeerde versies worden tenslotte ter marginale toetsing aan de hoogleraren voorgelegd.

CASUS: EEN GOED WOORDJE?

In deze casus is uw rol: huisarts.

Voorbeeld van
een casus

Een 48-jarige man, de heer L., werkt al 30 jaar in een familiebedrijf, een kwekerij van kamerplanten. Vroeger bij de 'oude G.', nu onder leiding van diens zoon, die het bedrijf overnam.

Ongeveer vier jaar geleden is bij L. een seronegatieve reumatoïde arthritis vastgesteld. Hij wordt daarvoor behandeld door de reumatoloog en door zijn huisarts. Vanwege de therapie met goudinjecties komt hij eenmaal per twee tot drie weken in de huisartspraktijk voor zijn injectie en om bloed te laten prikken. De huisarts heeft daarbij wel eens een kort gesprekje met hem.

Vandaag maakt hij een afspraak voor uw spreekuur, naast zijn gebruikelijke gang naar de assistente. Hij vertelt over een conflict met zijn werkgever, de 'jonge G.', die u kent als een welvarende jonge kweker. De heer L. blijkt bedreigd te worden met ontslag, althans dat is zijn vermoeden. Sinds meer dan één jaar werkt hij slechts halve dagen, dit op advies van de reumatoloog, die de afwisseling van werk en rust nodig vond voor de behandeling van zijn reuma. Destijds heeft de GMD bemiddeld in de aanvulling op de loonkosten. De baas vindt nu dat hij niets heeft aan zo'n halve werknemer en dat de aanvulling op de loonkosten onvoldoende is. ("Er moet geld bij!", heeft hij gezegd.) De heer L. heeft zelf de vakbond ingeschakeld, waarvan hij lid is. Ook de bedrijfsvereniging is er via de GMD weer bij betrokken geraakt. De heer L. en zijn baas houden sinds enkele maanden een lijst bij van de door hem verrichte werkzaamheden en de tijd die daaraan wordt besteed. De baas hoopt hiermee te kunnen aantonen dat de arbeidsprestatie van L. zodanig is dat een grotere aanvulling op het loon gerechtvaardigd is. De arbeidsdeskundige van de GMD komt over drie maanden opnieuw praten over de situatie. De heer L. is bang dat, als er geen overeenstemming wordt bereikt, althans naar de zin van zijn baas, er dan ontslag zal volgen. Hij vindt dit zeer onterecht gezien zijn jarenlange trouwe inspanning voor dit bedrijf, waar hij altijd zo thuis was. Bovendien ziet hij zijn kansen om elders aan het werk te komen, zeker met zijn ziekte en op zijn leeftijd, somber in.

Hij vraagt u of u een goed woordje voor hem kunt doen bij de GMD.

- 1a. *Wat is de vraag van deze patiënt?*
b. *Waaruit leidt u af dat dit de vraag is van deze patiënt?*
2. *Welke gegevens heeft u reeds voor de beantwoording van de vraag van deze patiënt?*
3. *Welke aanvullende gegevens zou u nog willen krijgen om het probleem van deze patiënt beter te kunnen benaderen?*
Geef bij iedere gewenste aanvulling een of meer argumenten.
- 4a. *Geef uw omschrijving van het probleem van deze patiënt*
b. *Welke aspecten, medische en niet-medische, zijn er aan het probleem van deze patiënt te onderscheiden?*
5. *Wat zou u aan het geformuleerde probleem willen doen (medisch en niet-medisch) vanuit de positie zoals u die in de casus is toebedeeld?*
6. *Geef kort aan wat u denkt dat de andere hulpverleners die bij deze casus betrokken zijn/worden, kunnen bijdragen aan de oplossing van het probleem.*
7. *Hoe schat u de prognose van deze patiënt in wat betreft de oplossing van het probleem?*
8. *Geef een korte samenvatting van de casus, uw bevindingen en behandelingsplan in maximaal 150 woorden*
- 1a. *Wilt u als huisarts een goed woordje voor me doen bij de GMD?*
b. *Letterlijke formulering door patiënt.*
Valkuil
Student komt met eigen interpretaties, terwijl dat hier niet nodig is. Wel nodig is het nader uitdiepen van de betekenis van deze vraag door middel van open vragen en ingaan op gevolgen.
2. *Diagnose: seronegatieve RA*
Reeds bekend bij GMD
Vakbond ingeschakeld
Lang bestaand conflict
3. *Huidige activiteit RA i.v.m. handhaven werksituatie.*
Eigen wensen t.a.v. dit werk of ander werk: voorkomen dat je langs patiënt heen werkt.
Visie GMD-arts op mogelijkheden in dergelijke situatie: i.v.m. eigen gebrek aan kennis en om te hoog gespannen verwachtingen t.a.v. hulp huisarts in deze situatie te voorkomen.
- 4a. *Arbeidsconflict rond de hoogte van de financiële tegemoetkoming in het kader van de WAO (?), tussen jonge werkgever en werknemer die al langdurig in dienst is.*
b. *Medisch: RA; samenwerking huisarts - specialist - verzekeringsgeneeskundige*
Niet-medisch: arbeidsconflict; leeftijd; arbeidsmarktsituatie; sociale verzekeringswetten
5. *Overleg met de GMD-arts over te volgen beleid. Eventueel ook met de reumatoloog. Uiteraard na toestemming patiënt.*
6. *De GMD-arts kan overleggen met de arbeidsdeskundige over de mogelijkheden die de wet- en regelgeving biedt in dit geval. Hij kan ook de medische beperkingen opnieuw evalueren. De reumatoloog kan zijn advies heroverwegen, afhankelijk van de activiteit van het ziekteproces. (Er kan een beroep worden gedaan op de WAGW, zodat er naar andere mogelijkheden binnen de huidige werksituatie gekeken kan worden. Zie opmerking werkgever: "Er moet geld bij!" WAGW = wet arbeid gehandicapte werknemers).*
7. *Moeizaam, want de oplossing zal afhankelijk zijn van de resultaten van de onderhandeling tussen GMD en werkgever. Weliswaar is er de onder 6 genoemde WAGW-mogelijkheid, maar er is hier ook sprake van een al lange tijd lopend conflict, wat de toekomstige werksfeer niet ten goede komt.*

Extra vragen voor de examinerator

- Welke sociale verzekeringswetten zijn hier in het spel?
- Indien u nadere informatie wenst omtrent de arbeidsrechtelijke positie van de heer L. in deze situatie, aan wie zou u dat dan kunnen vragen?
- In hoeverre is die informatie (arbeidsrechtelijke positie) van belang om uw handelen te bepalen?
- Zou u zich als huisarts willen mengen in het conflict dat kennelijk aan het ontstaan is?
- Welke rol zou de bedrijfsarts van de heer L. kunnen vervullen, indien de kwekerij bij een BGD zou zijn aangesloten?
- Wat zijn, meer in het algemeen, de mogelijkheden van de huisarts, de verzekeringsarts en de bedrijfsarts om door tijdige interventie dit soort conflicten te vermijden?

Bulletin Medisch Onderwijs 1990; 9

C.P.M. van der Vleuten
Rijksuniversiteit Limburg

Wim Bender, Rob Hiemstra,
Albert Scherpbier,
Rein Zwieterstra (eds)
**Teaching and Assessing
clinical Competence**
Groningen:
BoekWerk, 1990
612 bladzijden
prijs f 115,-
ISBN 90-71677-43-5

EPILOOG

De ontwikkeling van een systeem voor beoordeling en toetsing van het nog te starten extramuraal co-assistentenschap bleek en blijkt een omvangrijke en complexe aangelegenheid te zijn.

Uiteindelijk is gekozen voor een combinatie van beoordeling tijdens de stage door de opleider en een meer onafhankelijke toetsing na de stage door examinatoren die niet rechtstreeks bij de opleiding van de betreffende co-assistent zijn betrokken.

Bij de keuze van het toetsinstrument is geprobeerd de voordelen van een casusgebonden toets te combineren met het gestandaardiseerde karakter van een meer gesloten toets. Of de keuze van een schriftelijk gepresenteerde, door ons instituut geselecteerde casus de voorkeur verdient boven 'eigen' casus van co-assistenten, zoals beschreven door Van Hamen Gerritsma, zal nog moeten blijken.⁸ Bij de door ons gekozen methode speelde de overweging van standaardisering een grote rol. Zelfs bij gestandaardiseerde casus bleken al moeilijkheden op te treden, zowel van inhoudelijke aard, zoals het verkrijgen van overeenstemming tussen de vakdeskundigen, als van organisatorische aard, zoals het opzetten van beoordelaars- en examinatoren-trainingen. Deze problemen zijn geleidelijk in beeld gekomen en voor een deel - voorzover nu te voorzien - overwonnen. De training van alle betrokken docenten (hun aantal overtreft de 200 !) zal nog veel energie en tijd vergen.

LITERATUUR

1. De Graaff E, Van Berkel HJM, Drop MJ. Simulatie van initieel medisch probleemoplossen. Een schriftelijke toets voor vaardigheid in het oplossen van medische problemen: SIMP. Bulletin Medisch Onderwijs 1989; 8 (3): 88-93.
2. Newble DI. Evaluation of clinical competence. Adelaide: Advisory Centre for University Education, the University of Adelaide, 1977.
3. Harden RM. Preparation and presentation of patient-management problems (PMPs). Medical Education 1983; 17: 256-76.
4. Gerritsma JGM, Smal JA. De werkwijze van huisarts en internist; een vergelijkend onderzoek met behulp van een interactieve patiëntensimulatie. Utrecht: Wetenschappelijke Uitgeverij Bunge, 1982. Dissertatie, 302 pp.
5. Verbeek HA. Modernisering van klinisch onderwijs. Ned Tijdschr Geneesk 1982; 126: 1787-90.
6. Knox JDE. The modified essay question. Dundee: Association for the Study of Medical Education, 1975, Booklet no. 5.
7. Scherpbier AJJA, Verwijnen GM, l'Espoir NEJC, Metz JCM, Van der Vleuten CPM, Van Rossum HJM. Het artsexamen in discussie. Bulletin Medisch Onderwijs 1988; 7 (2): 30-5.
8. Van Ham I, Gerritsma JGM. The assessment of clinical competence in general practice with chart stimulated recall. In: Bender W, Hiemstra RJ, Scherpbier AJJA, Zwierstra RP, eds. Teaching and assessing clinical competence. Groningen: BoekWerk Publications, 1990: 306-9.
9. Van der Gulden JWJ, Voorn Th. Een co-assistentenschap buiten het ziekenhuis. Medisch Contact 1985; 40: 750-4.
10. Vernooy AIF, Voorn ThB, Van der Gulden JWJ. Een geïntegreerd extramuraal co-assistentenschap. Medisch Contact 1988; 43: 923-5.
11. Metz JCM, Hermans JAAM, Lutterman JA. Een nieuw artsexamen in Nijmegen. Medisch Contact 1989; 44: 1093-7.
12. Interfacultair Overleg Geneeskunde. Raamplan 1974. Medisch Contact 1974; 29: 1017-21.