

De beroepsopleiding tot huisarts is één van de vervolgopleidingen waarvoor in de medische basisopleiding het fundamenl wordt gelegd. Basis- en beroepsopleiding vormen samen de totale opleiding van huisartsen. In het onderstaande wordt gekeken naar de aansluiting van deze twee deelopleidingen voor wat betreft de medisch-technische vaardigheden. De gegevens die gepresenteerd worden, zijn verzameld door het landelijk Samenwerkingsverband van het Interfacultair Overleg Huisarts-geneeskunde (SV-IOH). Hierin werken de acht universitaire instituten voor huisartsgeneeskunde samen, onder meer om landelijk toepasbare kennis- en vaardighedentoetsen bestemd voor huisartsen-in-opleiding, te ontwikkelen.¹ De gegevens zijn verzameld aan het begin van de beroepsopleiding, dat wil zeggen na het doorlopen van de zesjarige basisopleiding en na de eventuele wachttijd tussen artsexamen en start van de beroepsopleiding.

Dr. L.H.C.Tan
Socioloog
Drs. H.Düsmann
Methodoloog
C.H.G.M. Foolen
Huisarts
M.C. Pollemans
Arts/onderwijskundige

Correspondentieadres:
Uitvoerend Bureau SV-IOH
Vakgroep Huisartsgeneeskunde
Rijksuniversiteit Utrecht
Bijlhouwerstraat 6
3511 ZC Utrecht

FORMELE EISEN

Datgene waartoe de medische basisopleiding opleidt, is vastgelegd in de wet en, op een meer inhoudelijk niveau, geformuleerd in het Raamplan 1974.² Het Raamplan levert echter geen concrete eindtermen. Wel zijn er recentelijk via het Beleidsgericht Onderzoek Co-assistentschappen (BOC) discipline-gebonden uitspraken beschikbaar gekomen over concrete leerdoelen voor de basisopleiding.³ Het eindniveau van de basisopleiding is, behoudens bijleren en vergeten tijdens een eventuele wachttijd, tevens het beginniveau van de beroepsopleiding tot huisarts. Over het vereiste beginniveau van de huisarts-beroepsopleiding zijn tot op dit moment geen formele eisen geformuleerd. Wel zijn er via een landelijk panelonderzoek onder huisartsen uitspraken voorhanden over het noodzakelijke onderwijsaanbod voor de opleiding van huisartsen.⁴

Wat valt er in de huidige situatie te zeggen over de vaardigheid van basisartsen die met de beroepsopleiding tot huisarts beginnen?

VAARDIGHEDENTOETSEN VAN HET SAMENWERKINGSVERBAND-IOH

De vaardighedentoetsen die door het Samenwerkingsverband-IOH ontwikkeld worden, hebben de vorm van een zogenaamd vaardigheidencircuit. Een dergelijk circuit bestaat uit een serie 'stations', die achtereenvolgens door de kandidaat doorlopen worden. Elk station is een gesimuleerde situatie uit de huisartspraktijk, waarin de kandidaat de opdracht krijgt een bepaalde vaardigheid te demonstreren. De verrichte handelingen worden door een observator gescoord op een vooraf vastgestelde scoringslijst.

Op het gebied van de medisch-technische vaardigheden werd in 1988 een landelijke toets georganiseerd bestaande uit elf stations van elk tien minuten. Aan de toets werd deelgenomen door 24 beginnende huisartsen-in-opleiding. Bij acht stations werd gebruik gemaakt van een simulatiepatiënt en in totaal waren 30 observatoren bij de toets betrokken.⁵ Bij de totstandkoming van de stations werd uitgegaan van een standaardstramien.⁶ Op basis daarvan leverde elk van de acht universitaire huisartsinstituten één station over een onderwerp waarover op het betreffende instituut expertise bestond. Daarnaast werden enkele stations uit de basisopleiding aangepast voor huisartsen-in-opleiding. De

concept-stations werden inhoudelijk en toets-technisch van commentaar voorzien door de Werkgroep Vaardighedenevaluatie van het Samenwerkingsverband en vervolgens bijgesteld.⁷

RESULTATEN VAN DE VAARDIGHEDENTOETS 1988

In tabel 1 zijn de gemiddelde resultaten per station weergegeven. Het beste resultaat werd behaald op het station 'bloeddruk meten', waarbij gemiddeld driekwart van de vereiste handelingen door de kandidaten goed werd uitgevoerd. Op de laatste plaats staat het 'behandelen van ulcus cruris', waarbij gemiddeld een kwart van de vereiste handelin-

gen goed werd verricht. De verschillen tussen de gemiddelden wijzen erop, dat de stations variëren in moeilijkheidsgraad. Uit de grootte van de standaarddeviaties kan worden opgemaakt dat bij de meeste stations grote verschillen in kundigheid bestaan tussen de kandidaten onderling. Zo is bijvoorbeeld bij het station 'onderzoek van de mammae' de laagst behaalde individuele score 12% en de hoogst behaalde 79%.

GEWENST EINDNIVEAU VAN DE BASISOPLEIDING

Wat betekenen deze resultaten voor de aansluiting tussen basisopleiding en beroepsopleiding tot huisarts? Om deze vraag te beantwoorden is te rade gegaan bij de eerder vermelde uitspraken van de docenten uit de basiscurricula (BOC) en die van het landelijk panel van huisartsen. Op basis van die uitspraken zijn de elf stations ingedeeld in zogenaamde BOC-stations en zogenaamde Panelstations. De BOC-stations hebben betrekking op vaardigheden die studenten aan het eind van de basisopleiding 'routinematig' moeten beheersen, volgens de docenten uit de basiscurricula. De Panelstations betreffen vaardigheden die volgens het landelijk panel van huisartsen in de basisopleiding geoefend moeten worden, en die door tien huisartsdocenten recentelijk werden aangewezen als vaardigheden die studenten aan het eind van de basisopleiding moeten beheersen. De BOC-stations vertegenwoordigen, met andere woorden, de wensen van docenten uit de basiscurricula, en de Panelstations die van de docenten uit de huisartsinstituten. Daarnaast zijn nog 'Basisstations' onderscheiden. Dit zijn de stations uit de basiscurricula, die voor gebruik in de huisartsentoets werden bewerkt. Deze stations zijn afkomstig van de volgende medische faculteiten: station 1 van het ALCO-schap uit Nijmegen, station 3 van het ALCO-schap in Leiden en de stations 4 en 5 van het Skillslab in Maastricht. In tabel 2 is de indeling van de elf stations in Basis-, BOC- en Panelstations weergegeven. In de tabel zijn de stations weer geordend van relatief hoog naar relatief laag stations-gemiddelde. De vier Basisstations vindt men bovenaan: bloeddruk meten, receptuur, onderzoek van de mammae en onderzoek van de pasgeborene. Bij deze stations lag het beheersingsniveau van de beginnende huis-

Tabel 1.
Resultaten van de
vaardighedentoets 1988

Naam van het station	Gemiddelde	SD
1. Bloeddruk meten	76	11
2. Verrichten van stemvorkproeven	60	13
3. Recept schrijven	59	16
4. Onderzoek van de mammae	56	19
5. Onderzoek van de pasgeborene	53	10
6. Onderzoek bij duizeligheid	51	12
7. Onderzoek bij kortademigheid	47	19
8. Laboratorium (urinesediment)	44	20
9. Oogspiegelen	44	19
10. Onderzoek van de schouder (Cyriax)	31	8
11. Behandelen van ulcus cruris	23	8
Totaal	50	20

Tabel 2.
Indeling van de stations

	Basis	BOC	Panel
1. Bloeddruk meten	+	+	+
2. Verrichten van stemvorkproeven	-	+	+
3. Recept schrijven	+	-	-
4. Onderzoek van de mammae	+	+	+
5. Onderzoek van de pasgeborene	+	+	-
6. Onderzoek bij duizeligheid	-	-	+
7. Onderzoek bij kortademigheid	-	+	+
8. Laboratorium (urinesediment)	-	-	+
9. Oogspiegelen	-	-	-
10. Onderzoek van de schouder (Cyriax)	-	-	-
11. Behandelen van ulcus cruris	-	-	-

artsen-in-opleiding dus relatief het hoogst. De vijf BOC- en de zes Panelstations behoren bij de beste acht. Onderaan staan oogspiegelen, onderzoek van de schouder (Cyriax-methode) en het behandelen van ulcus cruris. Deze vaardigheden werden relatief het slechtst beheerst door de huisartsen-in-opleiding. Volgens de indeling in BOC- en Panelstations vertegenwoordigen de laatste drie stations vaardigheden die, noch volgens de docenten uit de basiscurricula, noch volgens de docenten uit de huisartsinstituten, behoren tot de medisch-technische vaardigheden die aan het einde van de basisopleiding beheerst moeten worden.

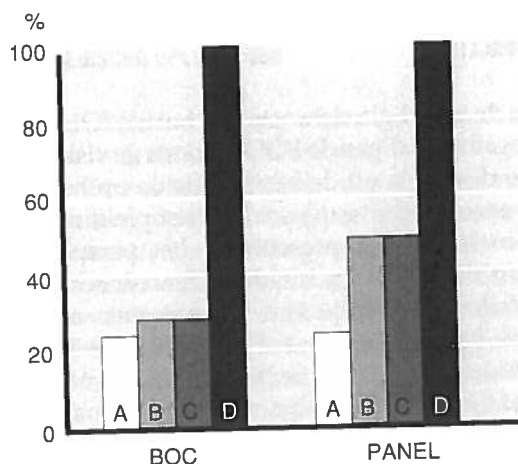
DEFINITIE VAN DE ZAK/SLAAGGRENSEN

Omdat er geen norm voorhanden is op basis waarvan men de uitspraak 'voldoende of onvoldoende vaardig aan het begin van de beroepsopleiding tot huisarts' mag doen, worden de toetsresultaten met behulp van vier verschillende normen gewaardeerd. Toegepast worden achtereenvolgens de zak/slaaggrens zoals deze zowel in de Introductie-cursus Klinische Vaardigheden van de Rijksuniversiteit Groningen als bij het Algemeen Co-assistenten van de Universiteit van Amsterdam gehanteerd wordt (A), de zak/slaaggrens die bij de vaardigheidentoetsing in de basisopleiding in Maastricht wordt toegepast (B), de zak/slaaggrens bij de 10-puntsschaal die sinds jaar en dag in het Nederlandse schoolsysteem gebruikt wordt (C) en tenslotte de norm van 80% goed (D).

In tabel 3 zijn de zak/slaaggrenzen per norm gedefinieerd.

Tabel 3.
De zak/slaaggrens per norm

Norm	Gezakt indien:
A:	> 2 van de 8 stations onvoldoende (stationsscore is onvoldoende indien score < gemiddelde minus 15% daarvan)
B:	score < gem. totaalscore minus 1x SD score < 55% steeds onvoldoende score > 70% steeds voldoende
C:	score < 5.5
D:	score < 80% goed



Figuur 1.
"Zak" percentages BOC- en Panelstations

TOEPASSING VAN DE NORMEN

In figuur 1 is voor de BOC- en Panelstations het percentage kandidaten met onvoldoende resultaat aangegeven bij toepassing van de vier gedefinieerde normen. Op de BOC-stations zou volgens de in Groningen en aan de Universiteit van Amsterdam gehanteerde norm, 25% van de kandidaten onvoldoende vaardig zijn aan het begin van de beroepsopleiding. Volgens de norm uit Maastricht en de normering volgens de 10-puntsschaal zou dat voor 29% van de kandidaten gelden. Bij toepassing van de 80%-norm zou geen enkele kandidaat een voldoende resultaat behalen. Op de Panelstations zou volgens de Groningse en Amsterdamse norm eveneens 25% van de kandidaten worden afgewezen aan het begin van de beroepsopleiding. Toepassing daarentegen van de Maastrichtse norm en de normering volgens de 10-puntsschaal levert een percentage van 50% kandidaten op die niet voldoende vaardig zijn. Als de 80%-norm wordt gehanteerd zou ook op de Panelstations geen enkele kandidaat een voldoende score behalen.

CONCLUSIES

In de vaardigheidentoets van het SV-IOH vertegenwoordigen de BOC-stations de visie van de docenten uit de basiscurricula op het gewenste eindniveau van de basisopleiding. De Panelstations representeren het perspectief van de docenten uit de huisartsinstituten. Welke combinatie van stations men echter ook kiest, en welke norm men ook aanlegt, duidelijk is dat een substantieel deel van de kandidaten die deelnamen aan de vaardigheidentoets SV-IOH 1988, een onvoldoende resultaat boekte.

Het feit dat de beginnende huisartsen-opleiding zo uiteenlopend scoren op de verschillende medisch-technische stations van de vaardigheidentoets SV-IOH 1988 wijst er bovendien op dat er geen standaardonderwijs ten grondslag ligt aan het beheersingsniveau waarmee basisartsen aan de beroepsopleiding tot huisarts beginnen.

AANBEVELINGEN

Op basis van bovenstaande analyse worden de volgende aanbevelingen gedaan op het gebied van de medisch-technische vaardigheden.

- Er dienen landelijke afspraken gemaakt te worden tussen docenten van de basiscurricula en docenten van de huisartsinstituten over concrete eindtermen van de basisopleiding, die tevens gelden als ingangseisen voor de beroepsopleiding tot huisarts.

- Het bereiken van de eindtermen dient niet te worden overgelaten aan de toevallige gelegenheid die tijdens de co-assistentenschappen wordt geboden, maar het vereiste competentieniveau moet worden bewerkstelligd via systematische vaardigheidstrainingen onder deskundige begeleiding.
- De toetsontwikkeling in basisopleiding en beroepsopleiding tot huisarts dient op operationaliseringsniveau op elkaar te worden afgestemd, zodat vergelijkbare toetsresultaten worden verkregen, waarmee het onderwijs van beide deelopopleidingen kan worden bijgestuurd.
- Er dient een vorm van structurele samenwerking te worden ingesteld tussen het Samenwerkingsverband-IOH en het nog op te richten Samenwerkingsverband van de medische faculteiten.

LITERATUUR

1. Pollemans MC, Van Geldorp G, Tan LHC. Naar kwaliteitsbewaking van de beroepsopleiding tot huisarts. Medisch Contact 1988; 43: 1429-30.
2. IOG (Interfacultair Overleg van de Nederlandse Faculteiten der Geneeskunde). Raamplan 1974. Medisch Contact 1974; 29: 1017-21.
3. Metz JCM, Bulte JA, Van Paridon EJM. Basisarts: bevoegd en bekwaam. Eindrapport van het Beleidsgericht Onderzoek Co-assistentenschappen. Zoetermeer: Ministerie van Onderwijs en Wetenschappen, 1990.
4. Tan LHC. Tekorten in de opleiding van huisartsen. Ziektebeelden en medisch-technische vaardigheden. Amsterdam: Universiteit van Amsterdam, 1989 205 blz. Proefschrift.
5. Tan LHC, Foolen CHGM, Van Geldorp G. Het toetsen van vaardigheden in de beroepsopleiding tot huisarts. Medisch Contact 1990; 45: 618-20.
6. Tan LHC, Foolen CHGM, Van Geldorp G. Handleiding voor het maken van instructiestations. Utrecht SV-IOH, 1989.
7. Tan LHC. Landelijke stations medisch-technische vaardigheden. Stand van zaken april 1989. Utrecht: SV-IOH, 1989.

PLAATS VAN DE BASISARTSOPLEIDING IN HET GEHEEL VAN DE MEDISCHE OPLEIDINGEN

In de afgelopen decennia zijn van verschillende kanten kritische kanttekeningen geplaatst bij de opleiding tot arts. Dergelijke kritiek heeft niet altijd het beoogde effect. Is er dan echt wel iets mis?

Een van de auteurs in dit cluster deed onderzoek naar de medisch-technische vaardigheden van huisartsen-in-opleiding aan het begin van de beroepsopleiding. In 1988 werd een landelijke toets georganiseerd in de vorm van een vaardigheidencircuit, ook wel stationsexamen genoemd.

Er bleken grote verschillen in kundigheid te bestaan tussen de kandidaten onderling. Bijvoorbeeld: de laagst behaalde individuele score bij het station 'onderzoek van de mammae' was 12%, de hoogst behaalde score was 79%. Deze grote verschillen in kundigheid aan het begin van de huisartsenopleiding geven aanleiding tot enige twijfel aan de validiteit van het basisartsexamen. Als dit examen een goed examen zou zijn, konden dergelijke verschillen eigenlijk niet voorkomen. In het hierna volgende cluster zal de kwaliteit van het artsexamen nog uitgebreider aan de orde komen. De verschillen in kundigheid veroorzaken niet alleen twijfel aan het artsexamen, maar ook twijfel aan het beklijven van het onderwijs dat aan het artsexamen voorafgaat.

Er is helaas geen algemeen aanvaarde norm om te beoordelen of de huisartsen-in-opleiding wel voldoende vaardig zijn. De auteur gebruikte derhalve verschillende in het onderwijs gehanteerde normen. Een van de normen was de norm die in Groningen en Amsterdam wordt gehanteerd om te bepalen of studenten voldoende vaardigheden geleerd hebben om te beginnen met de co-assistentschappen. Een kwart van de kandidaten zou bij het toepassen van deze norm worden afgewezen. Kortom, er is dus echt wel iets mis. Volgens de auteur moet het bereiken van de eindtermen niet worden overgelaten aan toevallige gelegenheden die tijdens de co-assistentschappen worden geboden, maar moet het vereiste competentieniveau via systematische vaardigheidstraining worden bewerkstelligd.

De andere auteurs in dit cluster geven respectievelijk vanuit het Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur en het Ministerie van Onderwijs en Wetenschappen hun mening over de opleiding tot basisarts. Een van de vragen van de laatste auteur (Okkerse) is: "Hoe staat het met de afstemming op de beroepspraktijk?". In de medische opleiding betekent afstemming op de beroepspraktijk, afstemming op de begintermen van de vervolgopleidingen. Volgens deze auteur is het dan ook zo dat de wetenschappelijke verenigingen, de professie en het vakdepartement een bijzondere verantwoordelijkheid dragen voor de bepaling van de eindtermen van de basisartsopleiding. Als de betrokkenen deze verantwoordelijkheid aanvaarden, zou er een belangrijke stap zijn gezet in de richting van een opleidingscontinuüm. De auteur wijst er met nadruk op dat hierbij geen sprake is van eenrichtingsverkeer. Door een goede taakverdeling tussen basisartsopleiding en vervolgopleidingen kan zijns inziens een verlenging voorkomen worden. Als voorbeeld van taakverdeling wordt aandacht in de vervolgopleiding voor algemene klinische vorming genoemd. De andere auteur (Verhoeff) in dit cluster is niet alleen van mening dat de overgang tussen basisartsopleiding en vervolgopleiding, maar ook de overgang tussen eerste en tweede fase een onderwerp van continue uitwisseling en afstemming moet worden. In de voorbeelden die hij geeft, blijkt dat uitwisseling en afstemming zijns inziens zelfs kan leiden tot verplaatsing van het doctoraalexamen. Daar is niet iedereen het mee eens, zo bleek in de discussie. Uitwisseling en afstemming daarentegen tussen eerste en tweede fase daar kan toch niemand het mee oneens zijn. De door studenten vaak als kloof ervaren overgang van de eerste fase naar de tweede fase kan hierdoor verkleind worden en bovendien is er geen sprake van een vierjarige opleiding gevolgd door een tweejarige opleiding, maar van een zesjarige opleiding.

De Algemene Klinische Vormingsperiode moet volgens deze auteur bij voorkeur in de basisartsopleiding opgenomen worden. Als dit niet mogelijk zou zijn, komen zijns inziens andere alternatieven in aanmerking, waarbij de totale duur van de basisopleiding en de vervolgopleiding gezamenlijk gelijk dient te blijven. Ook deze auteur benadrukt ons inziens terecht dat de kritische geluiden over medische bekwaamheid serieus moeten worden genomen en dat in deze gezamenlijke actie moet worden ondernomen.

A.J.J.A. Scherpier
G.G.M. Essed
J.C.M. Metz