

## Onderwijscontracten op basis van Raamplan 1994

### Een Groningse poging om co-assistentschappen nader te definiëren

H.J.M. van Rossum, A. Mantingh, M.P. Heringa

#### Samenvatting

Raamplan 1994 bevat specifieke leerdoelen betreffende problemen, ziektebeelden en vaardigheden. Deze inhoud van het Raamplan is echter niet getoetst op praktische uitvoerbaarheid. Met name ontbreken omschrijvingen van de onderwijskundige setting waarin een student geacht wordt een bepaald probleem te kunnen oplossen. Het ontbreken van dergelijke omschrijvingen brengt curriculum-architecten aan zet voor de vertaling van het Raamplan naar de onderwijspraktijk. De vraag is hoe dat moet.

De Groningse faculteit heeft gekozen voor een aanpak waarbij stapsgewijs en iteratief de wensen (Raamplan) en de werkelijkheid (bestaande situatie) met elkaar worden vergeleken om uiteindelijk te kunnen komen tot het sluiten van onderwijscontracten over de inrichting der stages. Deze werkwijze wordt geïllustreerd aan de hand van een voorbeeld rond de partus. Als criterium voor een adequate praktische ervaring is een uitspraak gehanteerd van de hoogleraren Obstetrie en Gynaecologie van de acht medische faculteiten: tien bevallingen per co-assistent.

Op basis van twee onafhankelijke registraties is nagegaan hoeveel bevallingen in 1993 plaatsvonden die geschikt waren voor begeleiding door een co-assistent en hoeveel bevallingen daadwerkelijk door co-assistenten zijn begeleid.

De helft der co-assistenten haalt het criterium van 'tien bevallingen' niet. Om het criterium wel te kunnen halen komen de volgende maatregelen in aanmerking: beter benutten van de bestaande capaciteit, uitbreiden stageduur

en uitbreiding van het aantal bevallingen. De vakgroep kon deze maatregelen vertalen in onderhandelbare oplossingen, die in een onderwijscontract over de stage zouden kunnen worden opgenomen.

#### Inleiding

Hoe moet de medische opleiding er uit zien wanneer de inhoudelijke eindtermen ervan vastgesteld zijn? Deze vraag is actueel geworden nadat de faculteiten der Geneeskunde Raamplan 1994 hebben aanvaard als richtsnoer voor de opleiding.<sup>1</sup> De Groningse faculteit had in 1991 al een globale omschrijving aanvaard als het einddoel voor haar opleiding. Deze omschrijving luidt:

"Aan het eind van de opleiding kan de student zelfstandig een patiënt met een niet al te gecompliceerd probleem onderzoeken, de bevindingen in een status vastleggen, een behandelplan opstellen en motiveren ten opzichte van patiënt en supervisor en het beloop van de behandeling neerleggen in een schriftelijk document, waarin de medische status en de 'klinische les' zijn opgenomen, en dat in het openbaar wordt verdedigd. De student gedraagt zich volgens medisch professionele standaarden en voelt zich thuis in een medische werksetting."<sup>2</sup>

Deze omschrijving voldeed en voldoet uitstekend om docenten en studenten een algemeen beeld te geven van de arts die de faculteit wil afleveren. Het geeft globaal aan hoe een arts bepaalde problemen moet kunnen oplossen. De beschrijving is echter ongeschikt om inhoudelijk te bepalen wat in de opleiding aan de orde moet komen.

inhoudelijk te bepalen wàt in de opleiding aan de orde moet komen.

De hiervoor noodzakelijke inhoudelijke specificatie is beschikbaar nu het Raamplan 1994 is aanvaard. Het Raamplan bevat specifieke leerdoelen betreffende: 1) het oplossen van met name genoemde medische *problemen* (circa 350), 2) het kennis maken met met name genoemde *ziektebeelden* en 3) het beheersen van een gedefinieerd repertoire van algemene en vakspecifieke *vaardigheden*.

De inhoud van het Raamplan is echter niet getoetst op praktische uitvoerbaarheid. Ook ontbreekt een omschrijving van de onderwijskundige setting waarin een student geacht wordt een bepaald probleem op te kunnen lossen: moet dat bijvoorbeeld bij een patiënt thuis, op een spreekuur bij een huisarts, bij een specialist op een acute opvang of alleen in een schriftelijk examen? Het ontbreken van dergelijke aanwijzingen creëert een probleem voor curriculum-architecten; het is alsof men een gebouw moet bouwen volgens een bestek waarbij de maatvoering is weggelaten. Aan de andere kant geeft het de vrijheid om de onderwijskundige setting zelf te omschrijven.

Tegen de bovengeschetste achtergrond startte de Faculteit der Geneeskunde te Groningen met de ontwerpfase van de co-assistentenschappen van Curriculum 2000, het nieuwe patiëntgeoriënteerde programma, dat met ingang van het studiejaar 1993-1994 vanaf het eerste jaar is ingevoerd. Achtereenvolgens komen in dit artikel aan de orde: een nadere analyse van de opdracht, het plan van aanpak in vijf stappen en een voorbeeld rond de partus waarin de aanpak wordt geïllustreerd.

### **Analyse van de opdracht**

De opdracht die de faculteit zichzelf nu gesteld heeft is de praktische stages zo in te richten dat de eindtermen zoals vermeld in Raamplan 94 worden gehaald. Bij het uitvoeren van deze taak moet de faculteit noodzakelijkerwijs uit-

gaan van de bestaande situatie. Dan moet dus bekend zijn welke onderwijskundige mogelijkheden de faculteit in de bestaande situatie heeft.

Deze laatste eis vormt een probleem. De faculteit heeft geen compleet overzicht over welke problemen studenten tijdens co-assistentenschappen zien en zeker niet over de omstandigheden waaronder zij de problemen meemaken. Dit overzicht moet dus eerst worden gemaakt. Een eerste inventarisatie hiertoe is inmiddels in Groningen gestart.<sup>3</sup> Een dergelijke inventarisatie is echter niet voldoende. Het geeft slechts antwoord op de vraag wat de co-assistenten doen binnen de thans bestaande mogelijkheden. Deze historisch gegroeide opleidingsfaciliteiten dragen een sterk ziekenhuisgebonden karakter, waarin stages op patiëntenafdelingen domineren. Dit is echter allang niet meer de plaats waar de meeste problemen worden geanalyseerd en opgelost. De gezondheidszorg is in de afgelopen decennia sterk veranderd. Omdat alle medische faculteiten de uitspraak hebben aanvaard dat het oplossen van problemen de belangrijkste vaardigheid is voor de op te leiden artsen, zullen co-assistenten veel tijd moeten doorbrengen op die plaatsen in de gezondheidszorg waar diagnostische en therapeutische problemen in eerste instantie worden geanalyseerd en behandeld.<sup>4</sup> Dat gebeurt in hoge mate extramuraal, op de poliklinieken en de centrale spoedopvang van ziekenhuizen. De gegevens van de inventarisatie zullen dus altijd gezien moeten worden vanuit het perspectief van een veranderende gezondheidszorg.

### **Het plan van aanpak in vijf stappen**

Welke werkwijze biedt kans op succes? De Groningse faculteit heeft gekozen voor een aanpak waarbij stapsgewijs en iteratief de wensen (Raamplan 1994) en de werkelijkheid (bestaande situatie) met elkaar worden vergeleken, zodat het faculteitsbestuur en de toekomstige stagecoördinatoren uiteindelijk

onderwijscontracten kunnen afsluiten over de inrichting der stages. Deze contracten moeten realistisch zijn en geaccepteerd worden door degenen die ze moeten uitvoeren.

De gekozen aanpak kent de volgende stappen:

1. Clustering op inhoudelijk niveau van problemen, ziektebeelden en vaardigheden.
2. Voorlopige toewijzing van clusters aan stages op basis van intekening van de vakgroepen.
3. Omschrijving van het criterium waaraan de binnen de clusters gestelde leerdoelen moeten voldoen. Hieruit vloeit voort wat de benodigde capaciteit is voor de faculteit als geheel.
4. Inventariseren van de capaciteit van de huidige co-assistenten en de benutting ervan door co-assistenten.
5. Onderhandelen over de onderwijscontracten per stage.

*Stap 1. Clustering op inhoudelijk niveau van problemen, ziektebeelden en vaardigheden*

Allereerst zullen de in het Raamplan genoemde problemen samen met ziektebeelden en vaardigheden worden gebundeld tot samenhangende clusters die begrijpelijk zijn voor studenten, docenten en patiënten. Uitgangspunt voor de clusters vormt de indeling die artsen hanteren bij het invullen van de status. De status is het instrument waarmee patiëntenproblemen in de praktijk worden vastgelegd in hun natuurlijke context met ziektebeelden en vaardigheden. Artsen zijn hiermee vertrouwd.

Hiertoe is een lijst opgesteld met veertien clusters als voorlopige indeling op basis waarvan een overlegronde met de vakgroepen zal worden gevoerd. De meeste van deze clusters kunnen geheel of vrijwel geheel door één bepaalde discipline worden verzorgd, bijvoorbeeld het cluster 'rond zwangerschap' door de discipline Obstetrie. Een deel van de clusters zal door meer dan één discipline worden verzorgd, bijvoorbeeld het cluster 'abdomen' door de disciplines Interne, Kindergeneeskunde, Chirurgie en Huisartsgeneeskunde.

*Stap 2. Voorlopige toewijzing van clusters aan stages op basis van intekening van de vakgroepen*

De clusters met hun leerdoelen fungeren als gegroepeerde eindtermen. De clusters zullen nu organisatorisch over stages verdeeld moeten worden.

De voorgenomen aanpak is dat vakgroepen aangeven aan welke clusters zij een bijdrage willen en kunnen leveren en hoe zij dat willen doen. Zo kan bijvoorbeeld de vakgroep Kindergeneeskunde aangeven dat zij wil participeren in het cluster 'abdomen' door alle co-assistenten ten minste twee klinische patiënten met diarrhoea te laten analyseren en drie scopieën te laten bijwonen. De vakgroep Chirurgie geeft bijvoorbeeld aan dat zij aan hetzelfde cluster kan participeren door alle co-assistenten te laten assisteren bij ten minste vijf buikoperaties, en door alle co-assistenten een voedingsanamnese te laten maken van twee poliklinische patiënten met een anus praeternaturalis.

*Stap 3. Omschrijving van het criterium waaraan de binnen de clusters gestelde leertaken moeten voldoen. Hieruit vloeit voort wat de benodigde capaciteit is voor de faculteit als geheel*

Nadat een voorlopige stage-indeling is gemaakt, zal onderzocht moeten worden of de criteria uit Raamplan 1994 in deze organisatie gegarandeerd kunnen worden. Voor ziektebeelden en vaardigheden zijn criteria vermeld. Met name voor de lijst met vaardigheden geeft het Raamplan 1994 vrij nauwkeurig aan hoe vaak een co-assistent iets gezien of gedaan moet hebben. Voor de lijst met problemen is echter geen enkel criterium gegeven. De faculteit zal dus zelf moeten aangeven hoe vaak een co-assistent een bepaald probleem krijgt voorgeschoteld en in welke onderwijskundige setting dat moet gebeuren. Zo kan bijvoorbeeld de vakgroep Chirurgie melden: dat voor het probleem 'wonden' in het cluster 'acuut' alle co-assistenten ten minste 10 huidwonden zul-

len moeten hechten, ten minste vijf enkeldistorsies moeten hebben onderzocht en verbonden, geassisteerd moeten hebben bij het ingipsen van ten minste drie botbreuken en minstens één verkeersslachtoffer met meerdere kwetsuren gedurende enkele weken moeten hebben gevolgd. Een deel van het cluster zal in een vervangende leersituatie in het onderwijscentrum of in leerhuizen plaatsvinden. Zo moeten de co-assistenten slagen voor de verbandcursus en een computerspreekuur met verkeersslachtoffers. Als afsluiting van het cluster 'acuut' zal een triageoefening rond een gesimuleerde ramp worden georganiseerd.<sup>5</sup>

Op deze wijze worden de voor een stage geldende leerdoelen voor iedereen concreet gemaakt inclusief de opleidingsfaciliteiten. Op basis van deze beschrijvingen kan vervolgens een berekening gemaakt worden van de benodigde capaciteit.

*Stap 4. Inventariseren van de capaciteit van de huidige co-schappen en de benutting ervan door co-assistenten*

Vervolgens zal moeten worden onderzocht in hoeverre deze capaciteit in de praktijk gerealiseerd kan worden. De opleidingsfaciliteiten moeten worden beschreven aan de hand van het aantal patiënten met bepaalde aandoeningen dat zich presenteert op de poliklinieken, spoedopvang en afdelingen. Hiervoor zal gebruik gemaakt moeten worden van registratiesystemen van het ziekenhuis. Daarnaast zal bekeken moeten worden in hoeverre de op papier beschikbare capaciteit ook daadwerkelijk benut wordt voor en door co-assistenten. Verrichtingenboekjes en gerichte enquêtes zullen een beeld moeten verschaffen omtrent de benutting van de opleidingscapaciteit.

*Stap 5. Onderhandelen over de onderwijscontracten per stage*

Tenslotte zullen opleidingscapaciteit, de benutting hiervan door co-assistenten en de door de vakgroepen aangegeven criteria moeten lei-

den tot afspraken over het praktisch klinisch onderwijs. Per stage is dan bekend welke problemen, vaardigheden en ziektebeelden wel en welke niet kunnen worden gegarandeerd door de verantwoordelijke stagecoördinator. Indien een bepaald probleem als zeer belangrijk is gekwalificeerd, bijvoorbeeld het probleem 'pijn op de borst' met de ziektebeelden 'hartinfarct' en 'angina pectoris', en het blijkt dat co-assistenten met dit ziektebeeld niet of onvoldoende in aanraking komen, dan zal òfwel de capaciteit moeten worden uitgebreid òfwel, bij voldoende capaciteit, de organisatie anders moeten worden ingericht zodat de mogelijkheden voor co-assistenten toenemen. Indien beide niet lukken zal naar vervangende onderwijsleersituaties moeten worden gezocht. Deze afspraken zullen worden vastgelegd in de vorm van onderwijscontracten tussen het faculteitsbestuur en de deelnemende vakgroepen, ziekenhuizen en andere instellingen in de gezondheidszorg die stagecapaciteit kunnen leveren.

**Een voorbeeld: 'rond de partus'**

De hierboven beschreven werkwijze zal stap voor stap worden geïllustreerd aan de hand van een voorbeeld. Het voorbeeld betreft de problemen, ziektebeelden en vaardigheden rond de partus en spitst zich toe op het aantal te verrichten partus en vijf specifieke vaardigheden. De partus leent zich goed voor deze illustratie omdat er een uitspraak ligt van de gezamenlijke hoogleraren Obstetrie en Gynaecologie in Nederland over het gewenste aantal te begeleiden bevallingen en omdat er in Groningen een goede registratie is van zowel de klinische gegevens als van de onderwijsgegevens met betrekking tot bevallingen.

Het voorbeeld is gebaseerd op een 'vingeroefening', die de Projectgroep Curriculum 2000, belast met het ontwerpen van de Groningse co-assistentschappen, heeft uitgevoerd samen met de vakgroep Obstetrie en Gynaecologie op basis van klinische gegevens uit 1993.

**Tabel 1.** Niveau-aanduidingen uit het Raamplan 1994

Niveau	Aantal genoemde vaardigheden op de niveaus ...	Voorbeelden van vaardigheden op verschillende niveaus
1. Alleen theorie	—	—
2. Gezien	13	manuele placentaverwijdering
3. Zelf gedaan	12	opvang/aanpakken neonatus
4. Routine	2	doorknippen navelstreng
Totaal	27	

De projectgroep speelde in deze oefening de 'faculteit' en de vakgroep speelde de 'beoogde stagecoördinator voor dit cluster', met wie een onderwijscontract moest worden afgesloten.

*Stap 1. Samenvoegen van problemen, ziektebeelden en vaardigheden tot een cluster*

Al enkele decennia geleden hebben de hoogle-raren Obstetrie en Gynaecologie een Raamplan avant la lettre opgesteld. Onlangs, bij het verschijnen van Raamplan 1994, hebben zij hun opvattingen geactualiseerd.<sup>6</sup> Wat houden deze in? Items uit de verschillende lijsten van Raamplan 1994 hebben zij opgenomen in een cluster 'rond de partus'. Hierin zijn 27 verschillende vaardigheden opgenomen, die de garantie moeten geven dat een co-assistent een beval-ling in de praktijk kan begeleiden. Deze 27 items zijn voorzien van de niveau-aanduidin-gen uit Raamplan 1994 (zie tabel 1).

*Stap 2. Voorlopige toewijzing van clusters aan stages op basis van intekening van de vakgroepen*

In deze oefening speelt de vakgroep Obstetrie en Gynaecologie de intekenaar. In de werkelijk-ke overleggronde, gepland voor najaar 1995, is ook een reactie te verwachten van de vakgroep Huisartsgeneeskunde. De vakgroep Obstetrie en Gynaecologie tekende in voor het cluster en dacht hierbij de volgende onderwijsleersitua-ties te kunnen aanbieden:

1. volledige begeleiding partus;
2. begeleiding van onderdelen van een partus;
3. fantoomoefeningen;

4. audio-visuele produkties;
5. teksten van behandelingsprotocollen;
6. rollenspellen;
7. computersimulaties.

*Stap 3. Omschrijving van het criterium waar-aan de binnen de clusters gestelde leertaken moeten voldoen*

Niveau 3 (= zelf gedaan) van de in stap 1 genoemde lijst is door het Hooglerarenconvent Obstetrie/Gynaecologie uitgelegd als 'ten min-ste tien bevallingen onder begeleiding ver-richt' (brief 31 mei 1994).

De hoogleraren zijn van mening dat, indien een co-assistent ten minste tien normale beval-lingen begeleidt, hij voldoende praktische vaardigheid heeft opgedaan. De garantie wordt dan verstrekt dat de co-assistent adequaat kan omgaan met de problemen, ziektebeelden en vaardigheden van het cluster 'rond de partus'.

Onder het begeleiden van een normale be-valling wordt in dit verband verstaan: het be-geleiden van de zwangere vanaf binnenkomst op de verloskamer tot en met één uur na de bevalling, waarbij in ieder geval de volgende handelingen door de co-assistent worden ver-richt: begeleiden barende, aanpakken kind, uit-zuigen pasgeborene, doorknippen navelstreng en het lichamelijk onderzoek van de pasgeborene.

*Stap 4. Inventariseren van de capaciteit van de huidige co-schappen en de benutting ervan door co-assistenten*

Op basis van deze uitgangspunten is een ana-

lyse gemaakt van de 'partusbetrokkenheid' van de co-assistenten in 1993 tijdens de stage Obstetrie in het Academisch Ziekenhuis Groningen (AZG). Er komen jaarlijks 88 co's voor een stage van drie weken als onderdeel van het acht weken durende co-assistentenschap Obstetrie en Gynaecologie in het AZG. Onder 'partusbetrokkenheid' wordt in dit verband verstaan: een zwangere die bevalt in het ziekenhuis waarbij de co-assistent de barendes begeleidt volgens de in stap 3 genoemde specificaties, en waarbij hijzelf begeleid wordt door een arts-assistent of verloskundige.

De projectgroep stelde de volgende vragen aan de vakgroep:

1. Hoe groot is de capaciteit?
2. In welke mate wordt deze capaciteit door de co-assistenten benut?

Voor het beantwoorden van deze vragen raadpleegde de vakgroep twee bronnen:

- het verloskundig registratiesysteem van de onderafdeling Obstetrie, OBDAT-II, dat ingevuld wordt door de arts-assistenten en verloskundigen. In dit systeem zijn klinische gegevens rond de partus vermeld, waaronder het soort bevalling, de ingrepen rond de bevalling en de naam van degene die de bevalling heeft begeleid.
- het registratiesysteem van het onderwijssecretariaat. In dit systeem worden de verrichtingen van de co-assistenten genoteerd volgens opgave van de co-assistenten zelf na aftekening door degene die de co-assistent superviseerde. Er bleken bruikbare gegevens van tachtig co-assistenten te zijn.

Het totale aantal bevallingen dat beschikbaar is voor het toepassen van vaardigheden door de co-assistenten werd berekend op 1132. Op het eerste gezicht lijkt dit voldoende voor de aanwezige co-assistenten. Uit de registraties van de co-assistenten bleek echter dat zij slechts 807 bevallingen volledig hadden begeleid. Het gemiddelde voor alle co-assistenten

was 10, met standaarddeviatie 3. Het laagste aantal bevallingen was 4 en het hoogste 22.

#### *Stap 5. Onderhandelen over de onderwijscontracten per stage*

Het blijkt dat 41 van de tachtig co-assistenten, dus de helft, minder dan tien partus verrichten en dus het eerder genoemde criterium van tien partus niet halen.

Eerst 'onderhandelden' projectgroep en vakgroep over de redelijkheid van het criterium: de bijzonderheid van de gebeurtenis en de wens dat iedere co-assistent een zekere variatie meemaakt in zijn ervaringen, speelden hierbij een rol. Tevens werden Europese richtlijnen voor het artsdiploma erbij betrokken. De faculteit besloot het criterium als redelijk te handhaven, waarna de volgende vragen actueel werden:

1. Welke maatregelen moeten er organisatorisch worden getroffen om het criterium wel te halen?
2. Welke vervangende leersituaties kan de vakgroep aanbieden?

De vakgroep gaf in deze oefening de volgende antwoorden:

ad 1. Er zijn drie mogelijkheden om het criterium te halen:

1. Betere benutting van de 'verloren' bevallingen. Dit vereist grotere flexibiliteit bij het indelen van de co-assistenten voor de diensten. Desondanks zal het niet altijd mogelijk blijken alle bevallingen te benutten, omdat een deel ervan 'verloren' gaat doordat de dienstdoende co-assistenten, bij piekbelastingen bijvoorbeeld, allen reeds een andere bevalling begeleiden.
2. De bevallingen moeten beter worden verdeeld over de co-assistenten. Dit betekent dat, zodra een co-assistent tien bevallingen heeft begeleid, hij niet meer zal worden ingedeeld voor diensten in de verloskamer. Co-assistenten die het criterium nog niet hebben gehaald krijgen vanaf dat moment meer 'verloskamertijd' toebedeeld.

**Tabel 2.** Aantal keren dat een situatie zich in de praktijk voordoet en de gemiddelde trefkans

	Aantal in 1993	Gemiddelde trefkans
1. Stuitbevallingen (Bracht)	33	< 50%
2. Foetaal bloed afnemen	70	circa 75%
3. Vaginale kunstverlossing	174	100%
4. Sectio caesarea	237	100%
5. Manuele placentaverwijdering	19	< 25%

Vanwege de pieken en dalen in het aantal bevallingen is stuurtijd nodig voor de organisatie om dit laatste mogelijk te maken. Hierdoor ontstaat wachttijd voor een aantal co-assistenten in hun co-assistentschap. De stage moet dus worden verlengd. Deze verlenging gaat af van een andere stage, want in totaal zijn er 84 weken beschikbaar voor de co-assistentschappen. Deze verlenging kan zinnig worden gevuld door verwante leerdoelen uit een andere stage in de verloskamerstage op te nemen, bijvoorbeeld anticonceptieproblemen uit het cluster 'seksualiteit' of vaardigheden uit het cluster 'kinderen'. Ook dit heeft consequenties voor de organisatie, want de co-assistenten zullen dan in deze stage ook moeten werken op de anticonceptiepoli en op de afdeling Neonatologie. De mogelijkheden hiertoe kunnen per opleidingsziekenhuis verschillen.

3. Het aantal bevallingen moet omhoog zodat meer co-assistenten de tien bevallingen kunnen halen. Dit betekent een uitbreiding van het aantal normale bevallingen, hetzij via het academisch ziekenhuis, affiliaties, praktijken van verloskundigen of via de extramurale stage.

ad 2. Gezien het unieke karakter van een bevalling (een psychologisch complex 'life event', dat als ervaring veel bijdraagt aan de vorming tot arts) aanvaardt de faculteit geen vervangende leersituatie ter aanvulling van een te gering aantal bevallingen.

#### Enkele andere vaardigheden

Van de 27 genoemde vaardigheden waren er 22 gerelateerd aan de normale bevalling. De vijf andere vaardigheden hebben betrekking op pathologie. Ze zijn ook onderzocht in deze vingeroefening (tabel 2). Raamplan 1994 geeft voor deze vaardigheden 'niveau 2' aan: "de co-assistent dient ten minste over de theoretische kennis te beschikken en heeft daarnaast de uitvoering van de genoemde vaardigheid gedemonstreerd gekregen of gezien."

In tabel 2 is het absolute aantal keren vermeld dat de situatie zich in 1993 in de praktijk heeft voorgedaan evenals de gemiddelde trefkans van een co-assistent om deze vaardigheid in de praktijk te zien.

De vaginale kunstverlossing en de sectio caesarea leveren geen probleem op. Voor de andere drie items werd het criterium dat in het Raamplan is genoemd (namelijk 'gezien moeten hebben') niet gehaald. De projectgroep stelde de volgende vragen aan de vakgroep.

- Is dat erg? Zo ja, is er een vervangende leersituatie?
- Indien geen vervangende leersituatie voorhanden is, moet dan het criterium worden aangepast of moet de capaciteit worden uitgebreid?

Het resultaat van de 'onderhandelingen' tussen projectgroep en vakgroep luidde als volgt:

ad 1. Stuitbevalling (Bracht): criterium is niet gehaald. Dat is aanvaardbaar, mits de co-assistent a) voldoende ervaring heeft met het begeleiden van een normale partus en b) ge-

slaagd is voor het gewenste niveau in de vervangende leersituaties: instructies op video en het oefenen op het verloskundig fantoom.

ad 2. Foetaal bloed afnemen: criterium is niet gehaald. Dat werd niet bezwaarlijk gevonden omdat het item van discutabele relevantie werd geacht. Het kan echter eventueel vervangen worden door een demonstratievideo.

ad 5. Manuele placentaverwijdering: criterium is niet gehaald. Dit is niet erg voor de opleiding tot arts. Er is geen goede vervangende leersituatie. Dit item kan alleen op niveau 1 gehaald worden via een goede instructievideo, dus moet Raamplan 1994 worden aangepast.

### Tenslotte

Voor tachtig co-assistenten per jaar is de huidige stage van drie weken op de verloskamers in het AZG niet voldoende om de praktische vaardigheden Obstetrie in het cluster 'rond de partus' te garanderen. De helft der co-assistenten haalt het criterium van tien bevallingen niet. Een vervangende leersituatie voor de bevalling wordt niet aanvaard, dus zou het criterium omlaag moeten of het aantal bevallingen omhoog. Het criterium is redelijk en conform de Europese richtlijnen en dus moet het aantal bevallingen omhoog. Hiervoor komen de volgende maatregelen in aanmerking:

- Beter benutten van de bestaande capaciteit zodat het aantal bevallingen evenrediger over de co-assistenten wordt gespreid.
- Uitbreiden van de stageduur waardoor de huidige capaciteit beter benut kan worden. Deze uitbreiding moet komen van een andere stage, bijvoorbeeld Gynaecologie of Kindergeneeskunde. Ter compensatie aan deze stages zullen leerdoelen uit deze stages mee moeten verhuizen, respectievelijk voor bijvoorbeeld het probleem 'anticonceptiewens' en het cluster 'aandoeningen bij pasgeborene' samen met 'vaardigheden pasgeborene en zuigeling'.

- Uitbreiding van het aantal bevallingen, bijvoorbeeld in het AZG, affiliaties, praktijken van verloskundigen en/of huisartsen.

Van vijf specifieke vaardigheden is nagegaan of deze voldoen aan het criterium 'gezien hebben' en wat er gedaan moet worden indien dit niet het geval is. Voor drie vaardigheden bleek geen garantie te kunnen worden gegeven dat alle co-assistenten deze vaardigheden zelf konden bijwonen. In alle drie gevallen heeft de vakgroep bevredigende oplossingen gesuggered, die in een onderwijscontract over de stage zouden kunnen worden opgenomen.

### Literatuur

1. Metz JCM, Pels Rijcken-Van Erp Taalman Kip EH, Brand-Valkenburg BWM van den. Raamplan 1994 artsopleiding. Eindtermen van de artsopleiding. Nijmegen: Universitair Publikatiebureau KUN, 1994.
2. Rossum HJM van - namens de ad hoc werkgroep. Blauwdruk voor een patiëntgeoriënteerd medisch curriculum. Groningen: Faculteit der Geneeskunde, Rijksuniversiteit Groningen, 1993.
3. Raghoobar-Krieger H, Bender W, Cohen-Schotanus J, Jonge PP de. Het co-assistentchap interne geneeskunde versus Raamplan 1994: een pilot-studie. In: Pols J, Ten Cate THJ, Houtkoop E, Pollemans MC, Smal JA. Gezond Onderwijs-4. Proceedings Gezond Onderwijs Congres 1994. Houten/Zaventem: Bohn Stafleu Van Loghum, 1995: 183-9.
4. Pols J, Scherpbier AJJA. Welke patiënt ziet de co-assistent? Waarom ziekenhuisafdelingen steeds minder geschikt zijn voor de opleiding van basisartsen. In: Vleuten CPM van der, Scherpbier AJJA, Pollemans MC, eds. Gezond Onderwijs-1. Houten/Zaventem: Bohn Stafleu Van Loghum, 1992: 198-204.
5. Vooijs MEEC, Scherpbier AJJA, Dalen J van, Kootstra G. Een gesimuleerde ramp in een cursus rampengeneeskunde. Bulletin Medisch Onderwijs 1995; 14: 20-25.
6. Rossum HJM van. Opleiden tot arts: de patiënt centraal. Inaugurale rede Rijksuniversiteit Groningen. Bulletin Medisch Onderwijs 1994; 13: 145-54.
7. Jaarverslag 1993 Obstetrie en Gynaecologie. Groningen: vakgroep en afdeling Obstetrie en Gynaecologie, 1994.

### DE AUTEURS

*H.J.M. van Rossum, projectleider Curriculum 2000, hoogleeraar medische onderwijskunde, afdeling Onderwijs, Faculteit der Geneeskunde, Rijksuniversiteit Groningen.*  
*A. Mantingh, lid Projectgroep Curriculum 2000, vrouwen-*



*arts, vakgroep Obstetrie en Gynaecologie, Faculteit der Geneeskunde, Rijksuniversiteit Groningen.  
M.P. Heringa, chef de clinique Obstetrie, vrouwenarts, Academisch Ziekenhuis Groningen.*

*Correspondentie-adres:  
prof. dr. H.J.M. van Rossum, Afdeling Onderwijs, Antonius Deusinglaan 1, 9713 AV Groningen*

*Met dank aan mw Annelies de Vries, secretaresse onderwijscoördinator, vakgroep Obstetrie en Gynaecologie, Faculteit der Geneeskunde, Rijksuniversiteit Groningen*