

## Dragen instructie en toetsing bij aan de kwaliteit van huisarts-opleiders?

### Een oriënterend onderzoek

W. Slort, G. van Staveren, M. de Haan

#### Samenvatting

*Huisartsen-in-opleiding brengen het grootste deel van hun opleidingstijd door in de praktijk van een huisarts-opleider. De afdelingen huisartsopleiding streven ernaar door middel van cursussen de kwaliteit van huisartsen als opleiders te verhogen. Of dat lukt is onbekend. Aan de huisartsopleiding van de Vrije Universiteit is een oriënterend onderzoek uitgevoerd, waarin nagegaan is of de kwaliteit van de huisarts-opleider als voorbeeld voor en begeleider van de huisarts-in-opleiding verbeterd kan worden. Aan 12 huisarts-opleiders werd een cursus gegeven over de NHG-standaard diabetes mellitus type II en over het voeren van een leergesprek. Direct voor en na de cursus, en nog eens drie maanden later werden video-opnames van consulten en leergesprekken van deze opleiders beoordeeld op 'het werken volgens de standaard' en de didactische kwaliteit van het leergesprek. Na de cursus werden geringe verbeteringen gevonden, die bij de tweede nameting nog aanwezig waren. Gesteld wordt dat de afdelingen huisartsopleiding de opleiders op didactisch gebied voortdurend en systematisch dienen te begeleiden om de leer-kansen in de opleidingspraktijken voor huis-artsen-in-opleiding te vergroten.*

#### Inleiding

In het eerste en derde jaar van de Nederlandse huisartsopleiding loopt een huisarts-in-opleiding (HAIO) gedurende vier dagen per week stage in de praktijk van een huisarts-opleider

(HAO). De verhouding tussen HAO en HAIO wordt veelal beschouwd als die van leermeester tot gezel. Volgens dit model leert de prille gezel van de deskundige meester op twee manieren:

1. de HAO (leermeester) fungeert als *voorbeeld* voor de HAIO (gezel);
2. dagelijks voeren HAO en HAIO gesprekken, onder andere over de aanpak van praktijkproblemen: *begeleiding*.

Het ligt voor de hand dat de praktijkstage van grote invloed is op de vorming van de HAIO tot huisarts. Zowel de voorbeeldfunctie als de begeleiding dienen dan ook kwalitatief zo goed mogelijk te zijn: de voorbeeldfunctie doordat het handelen van de huisarts aan de professionele maatstaven voldoet, de begeleiding doordat deze didactisch verantwoord is. Hoewel de rol van leermeester (de HAO) van cruciaal belang is in de huisartsopleiding, is niet goed bekend hoe die rol in de praktijk wordt vervuld. Wel is er onderzoek gedaan naar de hoeveelheid tijd die HAO's besteden aan diverse begeleidingsactiviteiten.<sup>1</sup> Verder is nog aangetoond dat de groei in kennis van de HAIO geen relatie laat zien met de onderzochte opleiderskenmerken.<sup>2</sup> Noch de kwaliteit van de voorbeeldfunctie, noch die van de begeleiding zijn echter onderzocht.

Aan de Vrije Universiteit werd in 1993 een project gestart met als doel de voorbeeld- en begeleidingsfunctie van de HAO te onderzoeken. Daartoe werd een cursus voor HAO's ontworpen betreffende een NHG-standaard en een cursus voor het aanscherpen van de begeleidingstaak. Het doel was niet zozeer het na-

gaan van het effect van deze cursussen op zich (meer volgens de standaard werken en didactisch betere begeleiding geven). Veeleer ging het erom een meetbare kwaliteitsverbetering van de HAO's als opleiders te bewerkstelligen door de combinatie van instructie en herhaalde toetsing. Verwacht werd namelijk dat de toetsing (het feit dat er voor en na de cursus getoetst werd en de daarvan te verwachten feedback) ook een belangrijke invloed zou hebben op de beoogde verandering.

De onderwerpen van de cursussen waren het werken volgens de NHG-standaard diabetes mellitus type II en het voeren van leergesprekken met de HAO.<sup>3</sup> Gekozen werd voor diabetes mellitus type II omdat dan zou kunnen worden vastgesteld in hoeverre de onderzoeksgroep afwijkt van de standaard in vergelijking met andere onderzochte groepen. Naar het al dan niet volgens de diabetesstandaard werken door huisartsen werd immers al eerder onderzoek verricht.<sup>4 5</sup>

In de literatuur worden soms wel, soms geen effecten van deskundigheidsbevordering en kwaliteitsbewaking in de geneeskunde aangetoond en als er al een effect wordt gemeten, betreft dat vaak een toename van kennis, terwijl geen verandering in het (praktijk)gedrag wordt geconstateerd.<sup>6 7</sup> Grol ontwikkelde een model voor deskundigheidsbevordering en kwaliteitsbewaking, waarin toetsing en nascholing zijn geïntegreerd en dat leidt tot gedragsverandering.<sup>6</sup> Sprij et al. noemen als de voornaamste criteria voor interventiestudies: het vermelden van objectief gemeten uitkomsten en een voldoende lange vervolgperiode. Het gebruik van een controlegroep in dergelijke studies achten zij minder belangrijk dan het nauwkeurig aangeven van de te behalen doelen en de wijze waarop deze doelen zijn bereikt.<sup>8</sup> Met betrekking tot het werken volgens de NHG-standaard diabetes mellitus type II concluderen Zwaard et al. dat lang niet alle huisartsen volgens de standaard werken, hoewel vrijwel alle huisartsen op de hoogte zijn van

het bestaan van de standaard en het overgrote deel van hen de standaard ook accepteert.<sup>4</sup> Konings et al. vonden dat huisartsen in ruime mate afwijken van 10 van 14 geëvalueerde richtlijnen van de NHG-diabetesstandaard.<sup>5</sup> Naar aanleiding van dergelijke onderzoeken werd recent gewaarschuwd tegen het gebruik van NHG-standaarden als maat voor goed klinisch handelen van de huisarts.<sup>9</sup>

De bovengenoemde aanbevelingen voor het organiseren van deskundigheidsbevordering in het kader van een interventiestudie zijn benut bij de uitvoering van dit project. Veel aandacht is besteed aan het inzichtelijk maken van de voorbeeldfunctie tijdens consulten en het didactisch handelen tijdens leergesprekken. Er werd herhaaldelijk getoetst om het effect van de cursus te versterken. Door het ontwikkelen van een toetsinstrument dat op inzichtelijke en zo objectief mogelijke wijze feedback geeft, is geprobeerd de kwaliteitsveranderingen bij de HAO's in beeld te krijgen.

In dit artikel wordt verslag gedaan van het project, waarbij de volgende vraag centraal stond:

Vertonen huisarts-opleiders na een cursus over de diabetesstandaard en het voeren van een leergesprek een (duurzame) verandering in hun

- voorbeeldfunctie (tot uiting komend in video-opnames van consulten met diabetes type II patiënten);
- didactische kwaliteit (tot uiting komend in video-opnames van leergesprekken over diabetespatiënten)?

Door het vrijwel ontbreken van publicaties over eerder onderzoek naar het functioneren van HAO's en de invloed van cursussen hierop heeft het hier beschreven onderzoek een oriënterend karakter.

## Methode

*Onderzoeksopzet.* Het betreft een niet-gecontroleerde, oriënterende studie naar het effect

van een cursus op het handelen van 12 HAO's. De effectmeting is hierbij een onderdeel van de interventie. In die zin wijkt het project duidelijk af van gangbaar interventieonderzoek.

*Onderzoeksgroep.* Aan 23 HAO's van 2 HAO-groepen is schriftelijk en later telefonisch gevraagd om deel te nemen aan dit onderzoek. Van deze 23 HAO's hebben er 12 meegewerkt. Hieronder bevonden zich zowel ervaren als beginnende HAO's. Van de 11 HAO's die niet deelnamen, wilden er 2 zonder meer niet meewerken; de andere 9 reageerden wel positief op ons verzoek, maar konden om uiteenlopende, meest praktische, redenen niet meewerken. Per HAO werden per meetmoment een vijftal diabetesconsulten en twee leergesprekken op de video opgenomen.

*De cursus.* De 12 deelnemende HAO's hebben twee cursusmiddagen gevolgd. Op de eerste middag werd een aantal items van de NHG-standaard diabetes mellitus type II behandeld, namelijk de driemaandelijkse controles en de patiëntenvoorlichting. Het doel van dit cursusdeel was de HAO's te stimuleren om in de eigen praktijk meer volgens de diabetesstandaard te werken, zodat de HAO's wat dit betreft een beter voorbeeld voorgeschoteld zouden krijgen. De tweede middag handelde over het voeren van een leergesprek. Het doel van deze middag was de HAO's te leren hoe zij de kwaliteit van hun leergesprekken konden verhogen. Tijdens beide cursussen werd onder meer gebruik gemaakt van onderlinge toetsing. Hierbij werden de eigen praktijkresultaten en leergesprek-opnames vergeleken met die van de collega's en met de richtlijnen. Verder werd aandacht besteed aan de acceptatie van het besprokene door de deelnemers en aan mogelijke problemen bij de toepassing van het geleerde in de praktijk.

*Meetmomenten.* Er werden drie meetmomenten bepaald: voorafgaand aan de cursussen, direct na de cursussen en drie maanden na de tweede meting. De laatste meting was be-

doeld om informatie over de duurzaamheid van de veranderingen te verkrijgen.

*Meetinstrumenten.* Iedere deelnemende HAO heeft ernaar gestreefd op elk meetmoment 5 driemaandelijkse diabetes type II controles en 2 leergesprekken op video te registreren. Bij elk opgenomen consult verschaft de HAO met behulp van een vragenformulier relevante aanvullende informatie die niet via de video-registratie verkregen kon worden, zoals het wel of niet nuchter bepalen van het bloedglucosegehalte. De leergesprekken dienden te gaan over een recent consult van de HAO met een diabetespatiënt.

Voor het beoordelen van de kwaliteit van de voorbeeldfunctie van de HAO op het gebied van diabetes mellitus type II patiënten werden de video-opnames van hun consulten aan de hand van een checklist gescoord (figuur 1). In die checklist zijn 3 hoofdaspecten onderscheiden: 1) werken volgens de NHG-standaard diabetes mellitus type II (10 items); 2) voorlichting aan diabetespatiënten (10 items) en 3) communicatie over diagnose en beleid (6 items).

De items voor de hoofdaspecten 1 en 2 zijn ontleend aan de NHG-standaard diabetes mellitus type II.<sup>3</sup> De items voor groep 3 zijn ontleend aan de 'Laconto'-scorelijst voor het beoordelen van consulten wat betreft 'gericht en systematisch werken' en 'arts-patiëntcommunicatie'.<sup>10</sup>

Voor het beoordelen van de didactische kwaliteit van de opgenomen leergesprekken is een beoordelingslijst ontwikkeld die ook drie groepen items bevat (figuur 2).

De items ontleend aan de NHG-standaard werden opgesteld in de vorm van een checklist met als scoremogelijkheden 'wel' of 'niet verricht'. De items ontleend aan de 'Laconto' en de items van het leergesprek werden voorzien van een beoordelingsschaal die een combinatie is van een checklist en een ratingscale. Daarbij wordt eerst gescoord of een bepaalde handeling wel of niet is verricht en vervolgens wordt

---

**1. Werken volgens de NHG-standaard diabetes mellitus type II:**

- welbevinden/klachten besproken
- bloedglucose besproken
- gewicht onderzocht/besproken
- dieet(problemen) besproken
- medicatie(problemen) besproken
- beleid conform NHG-standaard (I)
- wijze van registreren diabetesconsulten
- nuchter bepalen bloedglucose
- scherpte instelling bloedglucose
- beleid conform NHG-standaard (II)

**2. Diabetes-voorlichtingsitems:**

- ziektebeeld
- behandeling
- controles
- prognose, late gevolgen
- voetverzorging
- signalen ontregeling en instructie
- bijzondere situaties (ziekte, reizen, sport)
- mogelijkheden tot zelfcontrole
- psychische/maatschappelijke gevolgen
- lidmaatschap 'Diabetes Vereniging Nederland'

**3. Communicatie over diagnose en beleid:**

- wijze van afronden diagnostische fase
  - peilen reactie patiënt op deze afronding
  - aangeven beleidsmogelijkheden
  - overleggen beleid met patiënt
  - wijze van formuleren beleidsplan
  - afsluiten consult
- 

**Figuur 1.** Items van de score-lijst voor consulten

de kwaliteit van de verrichte handelingen gescoord op een driepuntsschaal. Nadere details over de ontwikkeling van de beoordelingslijst van het didactisch handelen van de HAO in leergesprekken zijn elders gerapporteerd.<sup>11</sup>

*Validiteit.* Om de inhoudsvaliditeit van de checklist van de voorbeeldfunctie en de beoordelingslijst van de didactische kwaliteit vast te stellen, werden beide lijsten voorafgaand aan de video-opnames voorgelegd aan de stafleden van de huisartsopleiding, met de vraag aan te vullen of te schrappen waar dat nodig was. De commentaren zijn verwerkt, zodat er binnen de

---

**1. Methodische aanpak:**

- HAO vraagt HAIO naar eigen vragen/problemen n.a.v. het consult en verheldert deze
- HAO benoemt expliciet de leervraag van de HAIO
- HAO benoemt expliciet eigen onderwijsdoel
- HAO overlegt met de HAIO over keuze van leeractiviteiten (zelf opzoeken, 'zal ik er iets over vertellen?')

**2. Continuïteit:**

- HAO sluit aan bij eerdere gesprekken/afspraken (leerproces HAIO)
- HAO sluit leergesprek af (samenvattend) en geeft hierbij het besprokene plaats en betekenis in het leerproces van de HAIO

**3. Veiligheid:**

- HAO heeft uitnodigende/stimulerende houding t.o.v. de HAIO (contact maken, luisteren, lichaamshouding)
  - HAO gebruikt passende gesprekstechnieken (luisteren, doorvragen, open vragen stellen, samenvatten, gevoelsreflecties)
  - HAO geeft HAIO feedback 'volgens de regels'
  - HAO toont solidariteit met HAIO door bevestigende/invoelende gevoelsreflecties (HAO benoemt gevoel en geeft op authentieke wijze aan dat te kunnen meevoelen)
- 

**Figuur 2.** Items van scorelijst voor het beoordelen van de didactische kwaliteit van leergesprekken

huisartsopleiding van de VU consensus bestaat over inhoud en vorm van beide lijsten.

*Betrouwbaarheid.* Om zo betrouwbaar mogelijke scores te krijgen werden alle video-opnames van de consulten en leergesprekken door twee beoordelaars onafhankelijk van elkaar gescoord aan de hand van de scorelijsten. Ons uitgangspunt was dat de meetinstrumenten toegepast moesten kunnen worden door personen die voldoende bekend waren met medische termen en communicatieve vaardigheden. Zodoende waren co-assistenten geschikte beoordelaars. De interbeoordelaars-overeenstemming bleek echter op een aantal items niet voldoende te zijn, met name op die items waar ervaring nodig was voor een goede beoordeling. Daarom werd voor alle items

waar de twee co-assistenten verschillend scoorden door een huisarts-onderzoeker de definitieve score bepaald. Het was om organisatorische redenen niet mogelijk de beoordelaars onwetend te laten over het tijdstip van de video-opname. Zij waren dus niet 'blind' met betrekking tot de interventie. Afgezien van de beoordeling van de video-opnames waren de twee co-assistenten niet betrokken bij de uitvoering van het project en ze hadden ook geen contact met de deelnemende HAO's.

*Analyse.* Gezien het oriënterende karakter van dit project is volstaan met het berekenen van gemiddelde percentages en standaarddeviaties. Er is niet getoetst op de eventuele statistische significantie van verschillen.

## Resultaten

*Respons en gegevensverwerking.* Van de geplande ( $12 \times 5 \times 3 =$ ) 180 consulten leverden de HAO's er 172 (= 95.5 %) in. De gegevens van één HAO zijn niet meegeteld omdat zijn videomateriaal te weinig geldige scores opleverde. Voor de analyse van de verzamelde onderzoeksgegevens werden alle scores gedichotomiseerd. De items waarop 'redelijk tot goed verricht' gescoord was, werden positief en de items waarop 'niet of slecht verricht' gescoord was, werden negatief. De items waar 'niet van toepassing' was gescoord, zijn buiten beschouwing gelaten. Opvallend was dat er in de consulten nauwelijks diabetesspecifieke voorlichting gegeven werd. Dat heeft ertoe geleid dat gewerkt is met een totaalscore over voorlichting. Deze is positief indien de HAO in een consult voorlichting gaf over 1 (of meer) van de 10 items en negatief als voorlichting achterwege bleef.

De intake-items werden pas gescoord indien de huisarts op z'n minst bij de patiënt checkte of deze alleen voor de diabetescontrole kwam. Van alle 172 consulten bevatte slechts 15% een herkenbare intake-fase; in verband

met deze lage score zijn de resultaten voor de intake uit tabel 1 weggelaten.

Van de geplande ( $12 \times 2 \times 3 =$ ) 72 leergesprekken werden er door de HAO's 62 (= 86%) ingeleverd. Ook hier zijn de gegevens van de bovengenoemde HAO buiten beschouwing gelaten. Per HAO en per meetmoment zijn de gemiddelde percentages berekend van de maximaal te behalen scores, evenals de standaarddeviaties. Met de relatieve verschillen tussen deze uitkomsten wordt het beloop in de tijd weergegeven. IJkpunten voor bijvoorbeeld 'voldoende' of 'goed' handelen zijn niet bekend. Sommige standaarddeviaties, zoals bijvoorbeeld die voor de 'diabetesspecifieke voorlichting', zijn groot. Hiervoor zijn diverse verklaringen mogelijk. Eén daarvan is dat het aspect gemeten werd met een gering aantal items. Daarnaast is het geven van voorlichting door een huisarts niet alleen afhankelijk van de richtlijn 'dat er voorlichting gegeven dient te worden', maar ook van de vraag of de huisarts voorlichting nodig acht bij deze patiënt op dit moment. Een ander punt is het beloop van de standaarddeviaties in de tijd. De cursus was gericht op convergentie van het gedrag van de cursisten. Convergentie kan blijken uit het kleiner worden van de standaarddeviaties na de cursus. Bij de tweede nameting kunnen de standaarddeviaties dan weer toenemen (dus de convergentie weer afnemen) als gevolg van het slijten van het cursuseffect. Een dergelijk beloop is wel te zien bij de didactische items van het leergesprek, maar niet bij de 'diabetes-items' van het consult.

*De HAO als voorbeeld.* In tabel 1 worden de scores met betrekking tot de checklist over de voorbeeldfunctie weergegeven. Over de interpretatie van de resultaten: de cursus had hoofdaspect 1 (het werken volgens de standaard) en hoofdaspect 2 (de diabetesspecifieke voorlichting) als onderwerpen. De intake en de communicatie over diagnose en beleid (hoofdaspect 3) werden gemeten om een indruk van de kwaliteit van de consultvoering te krijgen.

**Tabel 1.** HAO als voorbeeld bij consulten betreffende diabetes mellitus type II. Gemiddelde scores (percentages van maximaal; standaarddeviaties) door 11 HAO's op basis van 5 consulten per HAO per meting (N=172)

Handelingen HAO tijdens consult	Voormeting		Eerste nameting		Tweede nameting	
	Gem.	Sd.	Gem.	Sd.	Gem.	Sd.
Werken volgens de NHG-standaard diabetes mellitus type II	69	8	76	10	75	8
Diabetesspecifieke voorlichting	20	23	37	42	31	32
Communicatie over diagnose en beleid	40	17	37	14	49	15

**Tabel 2.** Didactische kwaliteit van leergesprekken. Gemiddelde scores (percentages van maximaal; standaarddeviaties) door 11 HAO's op basis van 2 leergesprekken per HAO per meting (N=62)

Didactische aspecten leergesprek	Voormeting		Eerste nameting		Tweede nameting	
	Gem.	Sd.	Gem.	Sd.	Gem.	Sd.
Methodische aanpak	13	21	21	16	25	24
Continuïteit	16	19	43	15	31	26
Veiligheid	56	29	64	17	76	24

Uit tabel 1 blijkt dat voor de hoofdaspecten 1 en 2, die tijdens de cursus behandeld werden, de percentages van de eerste nameting hoger zijn dan die van de voormeting en verder zijn deze uitkomsten tijdens de tweede nameting ongeveer gelijk aan die van de eerste nameting. Dit geldt niet voor de uitkomsten voor de intake en de communicatie over diagnose en beleid (hoofdaspect 3), onderwerpen die niet aan de orde werden gesteld op de cursus.

#### *Didactische kwaliteit van leergesprekken.*

In tabel 2 zijn per meetmoment de gemiddelde scores van de HAO's op de drie hoofdaspecten van het didactisch handelen weergegeven. Voor alle aspecten van de didactische kwaliteit van de leergesprekken geldt dat de percentages van de eerste nameting hoger zijn dan die van de voormeting. Verder zijn voor de aspecten 'methodische aanpak' en 'continuïteit' de percentages van de tweede nameting niet erg verschillend van die van de eerste nameting. Voor

het aspect 'veiligheid' stijgt het percentage ook tussen de eerste en tweede nameting. Overigens zijn de percentages voor de aspecten 'methodische aanpak' en 'continuïteit' steeds aan de lage kant. De maximale score is immers telkens 100%, terwijl de minimum score 0% is.

### **Conclusies**

Met betrekking tot de vraagstelling kunnen de volgende antwoorden gegeven worden:

Op de aspecten waarop de cursus betrekking had, is de *voorbeeldfunctie* van de onderzochte HAO's verbeterd: ze werken na de cursus meer volgens de standaard en dit effect is ook na drie maanden nog aanwezig. Ten aanzien van de aspecten die in de cursus niet aan de orde kwamen, is het beeld heel wisselend. Alleen het feit dat er op de HAO's gelet werd (door het maken van video-opnames) was dus niet

voldoende om hun gedrag op alle punten in de richting van de standaard te veranderen.

Ook met betrekking tot de *didactische kwaliteit* van de leergesprekken is een verbetering waarneembaar na de cursus. Een verbetering die grotendeels zichtbaar blijft bij de derde meting en dus enige duurzaamheid lijkt te hebben. Opvallend is echter de toename van de score op het aspect 'veiligheid' bij de derde meting. Mogelijkerwijze verklaren de toenemende bekendheid en daarmee ook vertrouwelijkheid tussen HAO en HAIO gedurende de stage die verbetering.

Eerder werd al gesteld dat ijkpunten voor bijvoorbeeld 'voldoende' en 'goed' handelen niet bekend zijn. Gezien het belang van de verschillende items voor een goed consult of leergesprek lijkt het ons echter dat een aspect onvoldoende aan bod is gekomen wanneer de score voor dat aspect lager is dan 50%. Uitgaande van deze (arbitraire) normstelling valt voor het *niveau* van de *voorbeeldfunctie* op (tabel 1) dat de 11 HAO's in hun diabetesconsulten gemiddeld vrij goed scoren wat betreft het 'werken volgens de diabetesstandaard' (namelijk 69, 76 en 75% van maximaal) en matig wat betreft 'diabetesspecifieke patiëntenvoorlichting' (20, 37 en 31% van maximaal) en 'communicatie over diagnose en beleid' (40, 37 en 49% van maximaal).

Voor de hoofdaspecten 'methodische aanpak' en 'continuïteit' van de *didactische kwaliteit* bij leergesprekken (tabel 2) blijven ook na de cursus de percentages laag (13, 21 en 25%, resp. 16, 43 en 31% van maximaal). Voor het hoofdaspect 'veiligheid' zijn de scores redelijk (56%) en deze worden na de cursus nog beter (64 en 76% van maximaal).

## Beschouwing

### a) Over opzet en uitvoering

De 23 HAO's die werden benaderd om aan dit onderzoek deel te nemen werden gekozen om-

dat zij toevallig op dat moment gekoppeld werden aan twee HAIO-groepen. Wat betreft leeftijd, geslacht, ervaring en plaats van vestiging waren er geen verschillen tussen de 12 opleiders die uiteindelijk meededen en de 11 die niet hebben deelgenomen. Er is ook geen reden om aan te nemen dat de benaderde 23 HAO's op belangrijke kenmerken zouden verschillen van de totale groep HAO's van de VU. Toch kunnen de resultaten van dit onderzoek niet geldig worden verklaard voor alle HAO's gezien de beperkte onderzoeksopzet.

De respons van de deelnemende HAO's is met 95.5 en 86% voor respectievelijk de consulten en leergesprekken hoog, zeker wanneer in aanmerking wordt genomen dat de HAO's onder andere zelf video-opnames van hun consulten en leergesprekken moesten maken.

Het onderzoek werd verricht met behulp van video-opnames om zodoende het gedrag van de opleiders direct te kunnen meten. Zoals eerder vermeld was de meting (toetsing door het maken van video-opnames) onderdeel van de interventie. Onderwijs en gedragsveranderingen zijn circulaire processen, waarbij educatieve toetsing een onderdeel van de cirkel vormt. In ons project is de feedback als onderdeel van de cirkel alleen tijdens de cursus gegeven. Men mag niettemin aannemen dat het maken van video-opnames van leergesprekken en consulten met diabetespatiënten op zich al een stimulerende werking heeft op het werken volgens de professionele maatstaven die in de cursussen zijn aangereikt.

Alle consulten en leergesprekken werden gescoord met meetinstrumenten waarvan de betrouwbaarheid nog niet voldoende is aangetoond. In ons onderzoek hebben wij dit probleem proberen te ondervangen door de in dit artikel beschreven methode van scoren door eerst twee en uiteindelijk drie beoordelaars.

Door onze werkwijze kon (verandering in) het gedrag van HAO's gemeten worden aan de hand van objectieve uitkomstmaten.

Door een tweede nameting kon worden on-

derzocht of eventuele veranderingen bekijken. De pragmatisch gekozen termijn van drie maanden is vrij kort om daarover uitspraken te kunnen doen. Bovendien realiseren wij ons, dat wij niet zozeer de 'performance' alswel de 'competence' van de opleiders hebben gemeten. Tussen beide kan een groot verschil bestaan, zoals Rethans aantoonde.<sup>12</sup>

#### *b) Over de resultaten*

Zoals gezegd werken huisartsen slechts in beperkte mate volgens de diabetesstandaard. De uitkomsten van ons onderzoek komen in grote lijnen overeen met die van Zwaard en van Konings.<sup>4,5</sup> De resultaten geven zodoende geen aanleiding om aan te nemen dat opleiders zich wat dit betreft onderscheiden van andere huisartsen.

Een reden dat de opleiders in hun diabetesconsulten weinig aandacht besteedden aan de 'intake' (slechts 15% van de consulten), kan zijn dat het ging om driemaandelijke diabetescontroles, zodat een intake minder voor de hand lag dan bij een nieuwe klacht. Toch zagen wij in een relatief groot aantal consulten (43%) dat de patiënt later tijdens het consult één of meer andere hulpvragen stelde.

Voor het feit dat 'communicatie over diagnose en beleid' tijdens de diabetesconsulten zo matig scoorde, hebben wij geen verklaring. Alleen al ten behoeve van de 'compliance' van de patiënt is een goede communicatie over het beleid nodig. De diabetesvoorlichting werd voor een consult positief gescoord indien de huisarts over minimaal één van de items voorlichting gaf. Desondanks werden slechts lage scores behaald. Deze resultaten passen bij uitkomsten van ander onderzoek waaruit blijkt dat huisartsen relatief weinig aandacht aan patiëntenvoorlichting besteden.<sup>13</sup>

#### *c) Over de opleiding van en de begeleiding door HAO's*

Wat betekenen de conclusies van dit project voor de wijze waarop de afdelingen huisartsopleiding de opleiders begeleiden? Onze resultaten duiden erop dat de opleiders in hun consulten net zo functioneren als niet-opleidende huisartsen en dat hun didactische kwaliteiten voor verbetering in aanmerking komen. Cursussen, mits aangevuld met regelmatige toetsing, kunnen wellicht een duurzame verbetering opleveren. Een plant groeit niet of sterft zelfs af als deze niet regelmatig gevoed wordt. Met de didactische kwaliteiten van HAO's is het zo dat de afdelingen huisartsopleiding voor die voeding moeten zorgen. Met betrekking tot de 'voorbeeldfunctie' geldt dit in veel mindere mate: de meeste huisartsen maken immers deel uit van toetsingsgroepen. Standaarden worden via de beroepsgroep ingevoerd en de toetsing wordt met behulp van de beroepsgroep georganiseerd.

Wat betreft de relatie tussen HAO en HAIO menen wij dat het leermeester-gezelmodel niet zonder meer van toepassing is. Uit onderzoek blijkt dat HAIO's al na een korte opleidingstijd niet of nauwelijks onderdoen voor huisartsen wat betreft ('evidence-based') kennis zoals gemeten door de 'landelijke huisartsgeneeskundige kennistoets'. Daarnaast overtroeven de opleiders de HAIO's wel in ('experience-based') kennis, die stoelt op individuele praktijkervaring.<sup>2</sup> Door de 'up-to-date' kennis van de HAIO en de ervaring van de HAO kunnen ze samen werken aan beider deskundigheid. In eenzelfde soort samenwerking kunnen instuut en opleiders ernaar streven om de begeleiding van de HAIO in de huisartspraktijk op een zo hoog mogelijk niveau te brengen.



## Literatuur

1. Tan LHC, Stolk J. Landelijke Registratie van Opleidings-Contacten tussen huisarts-opleider en huisarts-in-opleiding ROC. Experiment juni 1989. Rapport SV-IOH-13. Utrecht: Samenwerkingsverband Interfacultair Overleg Huisartsgeneeskunde, 1990.
2. Leeuwen YD van. Growth in knowledge of trainees in general practice. Figures on facts. [proefschrift]. Maastricht: Universitaire Pers Maastricht, 1995.
3. Nederlands Huisartsen Genootschap. Standaard Diabetes Mellitus Type II. Huisarts Wet 1989; 32: 15-8.
4. Zwaard A, Dalhuysen J, Grol R, Mokkink H. De NHG-standaard diabetes mellitus type II: acceptatie en invoering in de praktijk. *Bijblijven* 1993; 9: 31-40.
5. Konings GPJM, Wijkkel D, Rutten GEHM. Lukt het werken volgens de NHG-standaard diabetes mellitus type II? *Huisarts Wet* 1995; 38: 10-4.
6. Grol R. Deskundigheidsbevordering in de huisartsgeneeskunde. Van standaard tot ander handelen in de praktijk. *Med Contact* 1988; 43: 395-9.
7. Soeters D, Scherpbier AJJA. Over het lange-termijneffect van een huisartsen-nascholingscursus. *Bijblijven en beklijven. Bulletin Medisch Onderwijs*, 1995; 14: 26-31.
8. Sprij B, Casparie AF, Grol R. Interventiemethoden om een verandering in de medische praktijkvoering te bewerkstelligen; wat is effectief? *Ned Tijdschr Geneesk* 1989; 133: 1115-8.
9. Duijn NP van, Meyboom-de Jong B. Tussen gouden standaard en gouden kalf. Functie en toepassing van NHG-standaarden. *Huisarts Wet* 1995; 38: 3-6.
10. Tan LHC, Foolen CMGM, Vleuten CPM van der. Ontwikkeling van de landelijke consultvoeringstoets voor de beroepsopleiding tot huisarts. *Bulletin Medisch Onderwijs* 1992; 11: 22-33.
11. Slort W, Staveren G van, Haan M de. De ontwikkeling van een beoordelingsinstrument voor leergesprekken. In: Pols J, Cate ThJ ten, Houtkoop E, Pollemans MC, Smal JA, editors. *Gezond Onderwijs-4*. Houten/Zaventhem: Bohn Stafleu Van Loghum, 1995: 253-6.
12. Rethans JJ. Does competence predict performance? [proefschrift] Amsterdam: Thesis Publishers, 1991.
13. Toemen T, Grol R. Patiëntenvoorlichting door de huisarts: feitelijk handelen in de praktijk en effecten op patiënten. Nijmegen: Werkgroep Onderzoek Kwaliteitsbevordering Huisartsgeneeskunde, 1990.

### DE AUTEURS

W. Slort, huisarts-onderzoeker.

dr. G. van Staveren, socioloog.

prof. dr. M. de Haan, hoogleraar huisartsgeneeskunde.

Allen zijn werkzaam bij de vakgroep Huisarts-, Verpleeghuis- en Sociale Geneeskunde van de Vrije Universiteit te Amsterdam.

### Correspondentie-adres:

W. Slort, vakgroep Huisarts-, Verpleeghuis- en Sociale Geneeskunde, afd. Huisartsopleiding, Vrije Universiteit, van der Boechorststraat 7, 1081 BT Amsterdam.

Hierbij willen we dr. L.H.C. Tan en prof. dr. J.Th.M. van Eijk danken voor hun commentaar op eerdere versies van dit artikel.