

Het vaardigheidsonderwijs tijdens de stages in Antwerpen

Een kwalitatief onderzoek met behulp van focusgroepen

R. Remmen, H. van Puymbroeck, J. Denekens, A.J.J.A. Scherpbier, C.P.M. van der Vleuten, I. Hermann, L. Bossaert

Samenvatting

Omdat vaardigheden belangrijk zijn voor het functioneren van de arts, is aan de medische faculteit van Antwerpen een onderzoeksproject gestart waarbij de kwaliteit van het vaardigheidsonderwijs wordt geëvalueerd. Hierbij wordt gebruik gemaakt van zowel kwalitatieve als kwantitatieve methoden. Kwalitatieve gegevens over het vaardigheidsonderwijs op stageplaatsen zijn verzameld met behulp van focusgroepen. Uit de resultaten blijkt ondermeer dat in de juniorstages weinig mogelijkheden bestaan om basisvaardigheden in de praktijk te oefenen. Ook blijkt dat het geïntroduceerde vaardighedenboekje door de studenten niet als hulpmiddel wordt gezien en dat de stagebegeleiders onvoldoende op de hoogte zijn van het bestaan van het boekje. De verkregen kwalitatieve informatie zal gebruikt worden om het onderwijs te verbeteren en om uitgebreider, kwantitatief onderzoek te verrichten.

Inleiding

In de laatste jaren is er een toenemende aandacht voor het vaardigheidsonderwijs in de artsopleiding.¹⁻³ In enkele studies zijn tekorten gevonden wat betreft de beheersing van vaardigheden bij afgestudeerde artsen.⁴⁻⁶

De medische opleiding aan de Universiteit van Antwerpen bestaat uit drie kandidaatsjaren, waarin voornamelijk basisvakken worden gedoceerd, en vier postkandidaatsjaren, de klinische fase. Deze bestaat voor 65 procent uit praktijkstages en aan het begin ervan wordt een

introductiecursus van zestig uur gegeven: de vaardigheidstrainingen. Tijdens deze trainingen wordt in kleine groepen onderwijs gegeven over basisvaardigheden van de verschillende specialismen met behulp van dia's, video en geluidsbandopnamen en oefenmodellen. Tevens wordt aandacht besteed aan het leren van gespreksvaardigheden. Nadien volgen er elf periodes van drie weken, waarin de studenten vier ochtenden per week stage lopen op een ziekenhuisafdeling. In de namiddag volgen zij theoretisch onderwijs. Deze stages, die 'kijkstages' of 'klinisch werk' genoemd worden, komen overeen met de voormalige juniorco-assistentschappen in Nederland. Uiteindelijk is er een periode van twaalf maanden waarin voltijds stage gelopen wordt. Deze periode loopt van de helft van het zesde jaar tot de helft van het zevende jaar. Daarna volgt het begin van de verdere specialisatie of de theoretische beroepsopleiding huisartsgeneeskunde.

De voltijdse stages worden in het universitair ziekenhuis en de geaffilieerde ziekenhuizen in Antwerpen gelopen. Daarnaast is er een aantal kleinere, perifere klinieken ingeschakeld. Sommige studenten verblijven een periode in het buitenland, zowel in Europa (onder andere via zogenaamde Erasmus-uitwisselingen) als ook in andere landen, bijvoorbeeld Zuid-Afrika.

Vanaf academiejaar 1994-1995 werd een stageboekje ter beschikking gesteld. In dit stageboekje is een lijst opgenomen met aan te leren vaardigheden. Deze 'vaardighedenlijst' bevat voornamelijk eenvoudige onderzoeken en therapeutische vaardigheden ('basisvaar-

digheden'). In de lijst wordt aangegeven in hoeverre een student deze vaardigheden dient te beheersen. De lijst is gebaseerd op de lijst die in het Raamplan 1994 werd voorgesteld.³

Vanwege het belang van vaardigheden voor het functioneren van de afgestudeerde arts in de praktijk is besloten om de kwaliteit van het vaardigheidsonderwijs in Antwerpen systematisch te evalueren met kwalitatieve en kwantitatieve onderzoeksmethoden. In dit artikel wordt een explorerend, kwalitatief onderzoek met behulp van focusgroepen beschreven. De centrale onderzoeksvraag is: Wat vinden studenten van het onderwijs in basisvaardigheden op de stageplaatsen?

Methode

Een keuze werd gemaakt voor het gebruik van focusgroepen om de kwalitatieve gegevens te verzamelen. Een focusgroep bestaat uit vier tot vijftien personen. De discussies vinden plaats onder leiding van een gespreksleider in een niet bedreigende, comfortabele omgeving. De mate van structurering van de groepsdiscussies is afhankelijk van het doel.⁷ Focusgroeponderzoek is een relatief gemakkelijk en goedkoop instrument om informatie van consumentenzijde te achterhalen.⁸ In de evaluatie van het hoger onderwijs is deze methode vaker toegepast.⁹⁻¹³ De methode is ook te gebruiken om na te gaan wat artsen vinden van vervolgoopleidingen en nascholing.¹⁴⁻¹⁶ Enkele meldingen zijn gemaakt van deze methode om delen van het basiscurriculum te evalueren.¹⁷⁻¹⁸ Bij het zoeken naar consensus in beroepsgroepen kunnen focusgroepen nuttig zijn.¹⁹ In de patiëntenzorg is de focusgroepmethode ook bekend, met name om opinies van patiënten te onderzoeken.^{7 20-25}

Omdat focusgroepen nog weinig in het medisch onderwijs zijn toegepast wordt de methode in het hiernavolgende beschreven. Twee focusgroepen werden parallel georganiseerd in de maanden oktober en november 1995. Er

werden aselect achttien studenten uit het laatste jaar van de opleiding verzocht aan dit onderzoek mee te werken. Zij werden tweemaal aangeschreven: drie weken en één week vóór de eerste bijeenkomst. De studenten werden per bijeenkomst betaald als werkstudent. Omdat de studenten als stagiair op een ziekenhuisafdeling of in een huisartspraktijk werkzaam waren, werden de verantwoordelijken voor de stages ingelicht met een brief en werd toestemming gevraagd voor de afwezigheid van de student. Om de bijeenkomsten inhoudelijk te structureren werden vier door ons geselecteerde thema's besproken. Deze thema's beschrijven voor een deel de problemen met betrekking tot het vaardigheidsonderwijs op de stageplaatsen: de problematiek van trainen van vaardigheden in de juniorstages, de leerdoelen van de stages, de relatie tussen begeleider en studenten, de criteria van een goede stageplaats vanuit de ervaringen van de student. Telkens werd een thema door de moderator (RR) ingeleid en vervolgens werden de studenten met open vragen aangemoedigd tot reflectie. Per focusgroep werden drie bijeenkomsten gehouden van twee uur. Alle bijeenkomsten werden opgenomen op geluidsband. De bijeenkomsten werden gemodereerd door de onderzoeker (RR). Als co-moderator en observator fungeerde een tweede onderzoeker (HVP). De taak van de co-moderator is onder meer te bewaken dat zoveel mogelijk elementen in de discussie betrokken worden om zo blinde vlekken te voorkomen. Tevens bewaakt de co-moderator het evenwicht van de bijdragen van de studenten; voorkomen moet worden dat de opvattingen van dominante groepsleden te veel aandacht krijgen.²¹⁻²⁶ Een secretaresse was tijdens de eerste bijeenkomst van de twee groepen aanwezig om een letterlijk verslag (het transcript) te verzorgen. Ook werd aandacht besteed aan de ruimtelijke opstelling van de deelnemers ten opzichte van elkaar: de onderzoekers en de secretaresse niet naast elkaar. Er was een tijdschema opgesteld

zodanig dat alle thema's besproken konden worden.

De *eerste bijeenkomst* van de twee groepen werd begonnen met een korte inleiding over het doel van de bijeenkomsten. Er werden enkele werkafspraken gemaakt over de manier van communiceren tussen de groepsleden. De vier thema's werden kort ingeleid door de onderzoekers. Vervolgens werden de studenten aangemoedigd hun meningen te formuleren en te reageren op hun collega's. Na de eerste bijeenkomsten van de twee parallelle groepen werden de transcripten en aantekeningen gelezen en de geluidsbanden beluisterd. Alle uitspraken van de individuele studenten werden ingedeeld in de vier eerder genoemde thema's. De transcripten en de geluidsbanden werden gemeenschappelijk en tegelijkertijd door de twee onderzoekers (RR en HVP) geanalyseerd. Alleen de tekstfragmenten die de onderzoekers relevant achtten, werden in een verslag opgenomen. Zo kwamen dus twee verslagen tot stand.

In de *tweede bijeenkomst* werd dit verslag in de groepen besproken en zonodig werden er toevoegingen of wijzigingen aangebracht door de studenten. De tekstfragmenten werden eerst geverifieerd door de betreffende student en vervolgens werd aan de overige studenten gevraagd of zij het ermee eens waren. De discussies werden opgenomen op geluidsband en er werden aantekeningen gemaakt. Door de onderzoekers werden de op- en aanmerkingen verwerkt en werd een tekst opgesteld die gelijk was voor de twee groepen.

In de *derde bijeenkomst* werd geprobeerd consensus te bereiken over deze tekst in de twee focusgroepen. Er werden kleine wijzigingen aangebracht. In de definitieve tekst, die vervolgens is opgesteld, is de bijdrage van de individuele studenten niet meer herkenbaar.

De kosten voor deze studie, exclusief de betaling van de onderzoekers, bedroegen ongeveer f 3000,-

Resultaten

Van de achttien uitgenodigde studenten waren er zeventien aanwezig op de eerste bijeenkomsten: zeven studenten in de eerste groep en tien studenten in de tweede. Eén studente was niet aanwezig op de laatste bijeenkomst. Alle studenten werden betrokken bij de discussie. Tussen de studenten onderling bestonden verschillen in de mate waarin zij bijdroegen aan de discussies. De uitkomsten zijn geordend in de vier onderscheiden thema's en zullen afzonderlijk worden besproken.

Thema 1. De problematiek van trainen van vaardigheden in de kijkstages

Om de aangeleerde vaardigheden uit de vaardigheidstrainingen verder te ontwikkelen en te onderhouden zijn de mogelijkheden van de juniorstages beperkt. Een goede *aansluiting* tussen het leren en het in de praktijk brengen van vaardigheden is afwezig. Studenten blijken soms hun eerste stages te doen op afdelingen met een zeer specialistisch karakter. Studenten plaatsen kanttekeningen bij de mogelijkheid om in deze stages basisvaardigheden te trainen. De eerste kijkstages die gelopen werden zijn bijvoorbeeld: medische genetica, klinische immunologie, fysische geneeskunde, radiologie en intensieve geneeskunde. Het onderwijs dat gegeven wordt tijdens de kijkstages is niet relevant voor de training van basisvaardigheden. *De doelstellingen* zijn voor studenten niet duidelijk. Kritiek wordt geuit op de *tijdsbesteding* binnen de kijkstages. De studenten worden geacht gedurende vier ochtenden aanwezig te zijn. 's Morgens wordt echter op de meeste afdelingen zaalvisite gelopen, zodat er weinig tijd overblijft bepaalde onderzoeken te doen of bij te wonen. Wanneer een bepaalde vaardigheid moet worden opgefrist vragen studenten vaak advies aan een medestudent (soms een oude-rejaarsstudent). De meeste studenten hebben

wel een boek over de basisvaardigheden, dat ook regelmatig geraadpleegd wordt.

Thema 2. Leerdoelen

Studenten weten dat sinds kort de vaardighedenlijst is opgenomen in het stageboekje. Er werd bij de introductie van het boekje weinig uitleg gegeven. Over de verspreiding van het stageboekje is men niet tevreden. Zo ontvingen studenten die in het buitenland stage liepen het boekje te laat en zonder uitleg. Studenten zijn unaniem van mening dat de begeleiders niet op de hoogte zijn van het doel en de inhoud van de vaardighedenlijst. Er is een gerucht dat het stageboekje wel wordt gebruikt door begeleiders bij examens als controle, maar niet tijdens de stages. In de discussie hierover bleek dat de studenten van mening waren dat de vaardighedenlijst wel gebruikt kan worden om de inhoud van het onderwijs tijdens de stages te verbeteren.

In de stagegidsen, die uitgegeven worden per stageperiode en waarin richtlijnen worden opgenomen over het stageonderwijs, zijn de leerdoelen niet expliciet vermeld. De informatie in deze gidsen is niet altijd even up-to-date. Informatie over wat op stages geleerd kan worden, wordt vooral opgedaan in de wandelgangen. Studenten kiezen hun stages voor een groot deel op basis van deze informele informatie.

Thema 3. De relatie begeleider-student

Het is opvallend duidelijk dat de *assistenten* (recent afgestudeerde artsen al dan niet in opleiding), werkzaam op de ziekenhuisafdelingen, de belangrijkste begeleiders zijn in de stageperiode die volgt op de juniorstages. Daarna komen de verpleegkundigen (voor bepaalde, typisch verpleegkundige handelingen), gevolgd door de specialisten. Diensthoofden en hoogleraren komen pas op de laatste plaats.

Studenten hebben het meest contact met de assistent, zowel wat betreft de frequentie als de duur van de contacten. Ook voelen zij ten opzichte van hen de minste afstand, zelfs een zekere verbondenheid. Hoe langer stagiairs aanwezig zijn op een stageplaats, hoe meer zij in staat zijn een relatie op te bouwen en hoe meer zij de indruk hebben te kunnen leren. Assistenten met weinig tijd zijn minder geneigd als opleider op te treden. Als er meer studenten op een stageplaats zijn, moet de aandacht van de assistent verdeeld worden. Wanneer de mogelijkheden zich voordoen, leren studenten wel veel van de seniorartsen. Studenten zoeken liefst een vaste begeleider waarmee een intensieve relatie wordt opgebouwd. Het is belangrijk dat het 'klikt' tussen de student en de begeleider. Studenten moeten vaak zelf initiatief nemen. De eigen assertiviteit en leergierigheid van de student zelf zijn van belang.

De manier waarop de student in het begin wordt opgevangen is belangrijk voor de verdere houding van de student tijdens de stage. De leergierigheid van sommige studenten wordt negatief beïnvloed door de manier waarop zij bejegend worden wanneer zij een vraag stellen. In de perifere stageplaatsen melden meerdere studenten een grotere inzet van de begeleiders. Binnen een ziekenhuis kan het onderwijsklimaat echter drastisch verschillen tussen afdelingen. Nieuwe vaardigheden worden vaak de eerste keer voorgedaan door een begeleider. Daarna wordt ervan uitgegaan dat je het kunt en wordt er zelden feedback wat betreft vaardigheden gegeven.

Directe feedback wordt door studenten wel als prettig ervaren. Er verloopt slechts een korte tijd tussen de prestatie van de student en de beoordeling door de assistent. De situatie bij uitstek voor dit soort leersituaties zijn de wachtdiensten waar de student alleen aanwezig is met een assistent. *Indirecte feedback* komt meer voor op de ziekenhuisafdelingen. Het medisch dossier, waarvoor studenten ver-

antwoordelijkheid dragen, wordt soms wel besproken en is dan een medium voor feedback. Vaak echter worden patiëntendossiers niet besproken, terwijl de studenten hier veel tijd aan besteed hebben. Soms worden studenten *ook gecontroleerd*, bijvoorbeeld wanneer zij een bepaalde handeling zelfstandig hebben verricht. Meestal moeten de studenten zelf vragen om controle en dus feedback. Zij vragen dit vooral wanneer er volgens hen sprake is van afwijkende bevindingen bij klinisch onderzoek van een patiënt. Over het algemeen worden studenten weinig geobserveerd door klinici.

Thema 4. Een goede stageplaats

Wanneer we de vraag stelden naar de meest doorslaggevende factor om een stageplaats goed te noemen, was in de beide groepen de conclusie eensluidend: de assistent. Zijn persoonlijkheid, kennis, ervaring, attitude en bereidheid om onderwijs te geven spelen een zeer grote rol. Een stageplaats kan bijvoorbeeld ineens niet meer interessant zijn als een assistentenwissel heeft plaatsgevonden.

Studenten neigen ertoe perifere klinieken te verkiezen voor het aanleren van basisvaardigheden. Voor deze voorkeur worden meerdere verklaringen gegeven:

- De technologie in de universitaire ziekenhuizen wordt door studenten als een belemmerende factor ervaren. In perifere ziekenhuizen is er meer handwerk.
- Op sommige (vooral universitaire) diensten zijn er geen eenvoudige medische problemen.
- In perifere ziekenhuizen is er een grotere turnover van patiënten waardoor er meer leermomenten zijn. In universitaire ziekenhuizen zijn er andere leermomenten.
- In sommige gevallen is er in universitaire klinieken concurrentie tussen studenten onderling, wanneer er meerdere stagiairs op een stageplaats zijn. Soms betekent dat min-

der aandacht per student en vaak minder leermomenten. Er werd vermeld dat een vergelijkbaar probleem bestaat met sommige verpleegkundigen en vroedvrouwen-in-opleiding. Met de laatsten ontstaat er competitie bij het verrichten van bevallingen.

Poliklinische spreekuren en diensten zijn belangrijke leermomenten. De assistent is ook hierbij weer belangrijk. Vaak krijgen de studenten de mogelijkheid zelfstandig bepaalde werkzaamheden te verrichten. In de rol van dokter wordt de leerhouding positief beïnvloed, het stimuleert de eigen verantwoordelijkheid en geeft het gevoel gewaardeerd te worden in het werk. Te drukke diensten in perifere en academische ziekenhuizen beïnvloeden de leermogelijkheden echter negatief. Studenten ervaren het eerste contact dat zij hebben met een afdeling als zeer belangrijk omdat het voor een deel de sfeer bepaalt waarin het onderwijs vorm krijgt. Opvallend kritisch over het stageonderwijs in Antwerpen zijn de studenten die in het buitenland stages liepen. Zij zijn in contact gekomen met andere vormen van klinisch onderwijs zoals bedside-teaching. Ook hebben zij kennis gemaakt met andere organisatievormen waarin bijvoorbeeld klinici verantwoordelijk zijn voor het onderwijs. Op slechts enkele plaatsen in Antwerpen is er gestructureerde begeleiding op de stageplaatsen. Slechts in sommige ziekenhuizen worden studenten opgevangen door administratief personeel of een begeleider-clinicus. In het beste geval volgt er dan een rondleiding met een bespreking van de praktische gang van zaken.

Discussie

Alhoewel focusgroepen ook minder gestructureerd kunnen verlopen dan in dit onderzoek, kozen wij voor een meer gestructureerde aanpak. Wij meenden dat dit in deze situatie mogelijk was omdat de studenten als laatstejaarsstudenten beschikten over een gemeenschappelijke achtergrond. Achteraf blijkt dat

we tot een grote mate van consensus zijn gekomen met deze aanpak. Wanneer het onderzoeksveld minder duidelijk omschreven is, moet echter altijd afgewogen worden of het selecteren van thema's en het hanteren van een strak schema het doel van het onderzoek dient. In ons onderzoek zou bijvoorbeeld de gestructureerde aanpak ook hebben kunnen leiden tot selectiebias doordat de onderzoekers de thema's en de tekstfragmenten geselecteerd hebben.

In dit onderzoek vertelden de studenten over de gang van zaken op de stageplaatsen. De studenten waren gemotiveerd om mee te doen aan de focusgroepen. Er was een goede opkomst en de discussies waren levendig. Door het observeren van de interacties en het gedrag van de studenten werd extra informatie verkregen over de interpretatie van de uitspraken van de studenten. De mogelijkheid om deze extra informatie te verkrijgen is een voordeel van de focusgroepmethode ten opzichte van andere kwalitatieve en kwantitatieve methoden.²⁷ Er is dan ook sprake van voldoende face-validiteit. De gestructureerde aanpak, zoals selectie van de thema's en het steeds bespreken van het verslag, heeft waarschijnlijk ook geleid tot een hoge mate van interne betrouwbaarheid; dit wil zeggen dat dezelfde onderwerpen in beide groepen tot een gemeenschappelijke mening leidden.

De focusgroepmethode werd door de studenten gunstig beoordeeld, maar dit is deels te verklaren door de organisatie (zij kregen vrijaf van de stages) en door de kleine financiële beloning. Bovendien ervoeren de studenten het contact met medestudenten als aangenaam. Sommige studenten waren opgelucht hun mening te mogen geven omtrent het hun geboden stageonderwijs. Verder zijn de kosten voor dit onderzoek zonder meer laag te noemen.

De gevonden resultaten bij deze studie kunnen als volgt worden samengevat:

- De afstemming van de stages op het vaardigheidsonderwijs en vice versa is onvoldoende.

de. Duidelijker doelstellingen in de junior-stages zullen zowel voor de studenten als stagebegeleiders veel winst betekenen. Het is beter om meer algemene stages aan het begin te plannen om de overgang van 'droog' leren naar het trainen in de praktijk te vergemakkelijken.

- De vaardighedenlijst, zoals die door de faculteit werd opgesteld en gepubliceerd in een stageboekje, wordt door studenten meer als een controlerend instrument ervaren dan als een aanwinst. Dit is de reden dat zij de lijst te weinig gebruiken. Opmerkelijk is dat de begeleiders op de stageplaatsen niet op de hoogte blijken te zijn van het stageboekje. De bedoeling van de faculteit om door het stageboekje structuur aan te bieden is nog onvoldoende gerealiseerd. Zowel de studenten als de clinici moeten beter op de hoogte gebracht worden van de bedoelingen en de mogelijkheden van de vaardighedenlijst.
- De assistent-arts (al dan niet in opleiding) is de belangrijkste begeleider tijdens de stages. De relatie die de student kan uitbouwen met deze assistent is van groot belang voor het onderwijs. Het is echter de vraag of de assistent de meest aangewezen begeleider is. Zo is het bijvoorbeeld bekend dat jonge artsen basisvaardigheden matig beheersen.⁵
- Studenten krijgen over het algemeen weinig feedback en controle wanneer zij bepaalde vaardigheden hebben toegepast. Het is opmerkelijk dat de feedback afhangt van de inschatting van het klinisch probleem door de student zelf. Studenten blijken vooral controle te vragen wanneer zij zelf menen een afwijking te hebben geconstateerd. Het is de vraag of studenten voldoende in staat zijn normale van afwijkende bevindingen te onderscheiden. Zij hebben immers nog weinig expertise kunnen opbouwen.
- Studenten neigen ertoe perifere stageplaatsen te prefereren. Vaak voelen zij zich op deze stageplaatsen meer gewaardeerd en ervaren zij meer opleidingsmogelijkheden.

Tenslotte

Met behulp van focusgroepen kon informatie verzameld worden over de mening van studenten over het vaardigheidsonderwijs. De informatie is globaal, kwalitatief en oriënterend van karakter. Om inzicht te krijgen in de kwaliteit van de afzonderlijke stageplaatsen is het wenselijk verder kwantitatief onderzoek te doen, waarbij studenten per stageplaats bevraagd kunnen worden. De geëigende methode hiertoe is een enquête-onderzoek.^{28 29} Dit onderzoek is inmiddels gestart. Bij de constructie van deze enquête is rekening gehouden met de in dit artikel beschreven informatie.

Literatuur

1. American Association of Medical Colleges. Physicians for the 21st Century. Report of the Panel on the General Professional Education of the Physician and College Preparation for Medicine. Washington: AAMC, 1984.
2. General Medical Council. Tomorrow's doctors. London: GMC, 1993.
3. Metz JCM, Pels Rijcken-Van Erp Taalman Kip EH, Brand-Valkenburg BWM van den. Raamplan 1994 artsopleiding. Nijmegen: Universitair Publikatiebureau, 1994.
4. Tan L. Tekorten in de opleiding tot huisarts [Proefschrift]. Amsterdam: Universiteit van Amsterdam, 1989.
5. Jolly BC, McDonald MM. Education for practice: the role of practical experience in undergraduate and general clinical training. *Med Educ* 1989;23:189-95.
6. Derese A, Leroy D. Vaardigheden en de opleiding tot huisarts. *Tijdschr Geneesk* 1984;20:1617-26.
7. Morgan DL. Designing focus group research. In: Stewart M, Tudiver F, Bass MJ, Dunn EV, Norton PG, redactie. Tools for primary care research. London: Sage Publications, 1992:177-94.
8. Krueger RA. Focus groups. A practical guide for applied research. London: Sage Publications, 1988.
9. Ashar H, Lane M. Focus groups: an effective tool for continuing higher education. *Journal of Continuing Higher Education* 1993;41:9-13.
10. Gowdy EA. Effective student focus groups: the bright and early approach. *Assessment & Evaluation in Higher Education* 1996;21(2):185-9.
11. Hendershott A, Wright S. Student focus groups and curriculum review. *Teaching Sociology* 1993;21:154-9.
12. Sapp MM, Temares ML. Using focus groups to clarify customer needs. *New Directions for Institutional Research* 1993;78:79-82.
13. Woodhouse RA, Delva MD, Hadwin AF, Birthwistle RV, Kirby JR, Knapper C. Medical students' learning strategies in problem based learning and traditional courses. In: Scherpbier AJJA, Vleuten CPM van der, Rethans JJ, Steeg AFW van der, redactie. *Advances in medical education*. Dordrecht: Kluwer Academic Publishers, 1997.
14. Tipping J, Tennenbaum J. The use of focus groups as a tool for CME program evaluation. *The Journal of Continuing Education in the Health Professions* 1993;13:117-22.
15. Rourke JT, Rourke LL. Rural family medicine teaching in Canada. *Can Fam Physician* 1995;41:993-1000.
16. Lockyer J, Simpson E, Toews J, Becker WJ. Use of focus groups from different disciplines to identify clinical management and educational issues. *Teaching and Learning in Medicine* 1996;4:223-6.
17. Perez J, Peel J. Students focus groups: feedback on basic science courses. *Acad Med* 1995;70:430.
18. Kvasnicka J, Harris I, Ytterberg S. Using a student advisory group for curriculum assessment. *Acad Med* 1995;70:430-1.
19. Fardy HJ, Jeffs D. Focus groups: a method for developing consensus guidelines in general practice. *Fam Med* 1994;11:325-9.
20. Bowie C, Richardson A, Sykes W. Consulting the public about health service priorities. *BMJ* 1995;311:1155-8.
21. Kitzinger J. Qualitative research. Introducing focus groups. *BMJ* 1995;311:299-302.
22. Ramirez AG, Shepperd J. The use of focus groups in health research. *Scand J Prim Health Care (suppl)* 1988;81-90.
23. Schillemans L, De Grande L, Remmen R. Using quality circles to evaluate the efficacy of primary health care. In: Connor RF, Hendrickx M, redactie. *International innovations in evaluation methodology*. San Francisco: Jossey Bass Publ. 1989:19-31.
24. Kai J. What worries parents when their preschool children are acutely ill, and why: a qualitative study. *BMJ* 1996;313:983-6.
25. Kai J. Parents' difficulties and information needs in coping with acute illness in preschool children: a qualitative study. *BMJ* 1996;313:987-90.
26. Alblas G. Groepsprocessen: het functioneren in taakgerichte groepen. Deventer: Van Loghum Slaterus, 1983.
27. Frasier PY, Slatt L. Commentary on: Using narrative student feedback to evaluate the impact of a family medicine clerkship. *Teaching and Learning in Medicine* 1996;8:164-5.

28. Dolmans DHJM, Wolfhagen HAP. Interne kwaliteitszorg. In: Metz JCM, Scherpbier AJJA, Vleuten CPM van der, redactie. Medisch onderwijs in de praktijk. Assen: Van Gorcum, 1995:301-8.
29. Wolfhagen I. Kwaliteit van klinisch onderwijs [Proefschrift]. Maastricht: Universitaire Pers, 1993.

DE AUTEURS

R. Remmen, huisarts, Centrum voor Huisartsgeneeskunde, Universiteit van Antwerpen.

H. van Puymbroeck, huisarts, Centrum voor Huisartsgeneeskunde, Universiteit van Antwerpen.

J. Denekens, huisarts, hoofdlocant, professor, Centrum voor Huisartsgeneeskunde, Universiteit van Antwerpen.

A.J.J.A. Scherpbier, arts, hoofd van het Skillslab, Faculteit der Geneeskunde, Universiteit Maastricht.

C.P.M. van der Vleuten, psycholoog, hoogleraar vakgroep Onderwijsontwikkeling en Onderwijsresearch, Universiteit Maastricht.

I. Hermann, psycholoog, Centrum voor Huisartsgeneeskunde, Universiteit van Antwerpen.

L. Bossaert, intensivist, hoogleraar, Academisch Ziekenhuis Antwerpen.

Correspondentieadres:

R. Remmen, Centrum voor Huisartsgeneeskunde, Universiteit van Antwerpen, Universiteitsplein 1, 2610, Wilrijk, België.