

TOETSING, EEN GESPREK

J. Moll, Emeritus Hoogleraar Anatomie en Algemene Gezondheidszorg,
Rotterdam/Rhenen.

Vorige zomer vonden twee conferenties plaats, gewijd aan evaluatie in het medisch onderwijs, evaluatie in hoofdzaak opgevat als toetsing van individuele studenten. In mei 1987 vond in Beersheva, Israël, een conferentie plaats onder de titel 'International symposium on evaluation in medical education' en in juni 1987 was de 'Second Ottawa conference on assessing clinical competence'. Bij beide conferenties was er een forse Nederlandse bijdrage, bij elkaar 26 Nederlandse voordrachten op een totaal van 155. Dit was voor drie Bulletin redacteurs aanleiding tot een samenspraak over het onderdeel van het medisch onderwijs, dat wel het 'toetsgebeuren' wordt genoemd. De samensprekers waren Han Moll, ex-docent (en toetser) anatomie in Groningen en Rotterdam, de laatste jaren binnen de Rotterdamse medische faculteit werkzaam bij de opleiding aldaar voor beleid en management in de gezondheidszorg; verder Albert Scherpbier, onderwijscoördinator chirurgie in Groningen, en tenslotte Maarten Verwijnen, werkzaam bij de Maastrichtse faculteit bij huisartsgeneeskunde en ook als toetsings-specialist. Dat laatste in meer officiële termen: lid van de Projectgroep Evaluatie Studieresultaten. Deze officiële betiteling is vermeldenswaard, omdat zij verwijst naar het bestaan in Maastricht, en alleen in Maastricht, van een groep die zich zonder binding aan een specifiek medisch vakgebied bezighoudt met de toetsing in zijn totaliteit. Dit heeft er stellig toe bijgedragen dat vanuit Maastricht een grote reeks belangrijke studies over toetsing is gepubliceerd en dat daar de feitelijke toetsing zeer doordacht wordt uitgevoerd.

Toetsing, maar waarom?

H.M.: ik ben als 65-plusser niet

meer direct bij toetsing betrokken. Mag ik als ex-docent met flink wat toetservaring en nog steeds heftig geïnteresseerd in toetsing, ook ietwat als interviewer optreden?

Mijn eerste vraag. Wat streven we na met toetsing? Gaat het primair om beantwoording van de vraag 'overgaan of zitten blijven?' en vooral aan het slot van de opleiding 'beslissen of een certificaat kan worden uitgereikt voor het zelfstandig mogen handelen als arts?' Een tweede denkbaar primair doel is: studenten tonen waar hun hiaten zitten wat betreft kennen en kunnen.

Een fraaie illustratie van toetsing met als doel: studenten wijzen op hun hiaten, vond ik in de Ottawa voordracht van Van Rossum, Van Bodegom, Hoeks en Pols. Ze hebben het over het Leidse ALCO, Algemeen Co-assistentschap. Daarin wordt -zoals bekend-beoogd om een doeltreffende aansluiting te bewerkstelligen tussen de overwegend theoretische eerste vier jaar van de opleiding en het daarop volgende klinische onderwijs van de co-assistentschappen. Halverwege de cursus wordt toetsing samen met zelfbeoordeling gebruikt om individueel -en ik denk dat dat heel belangrijk is- studenten te wijzen op hun sterke en zwakke punten. Zo kunnen ze in het tweede deel van de cursus hun zwakke punten corrigeren. Niet minder dan achttien procent van de totale cursustijd wordt aan deze individuele bijsturing besteed; men neemt dat dus echt serieus!

En als hoofddoelstelling van toetsing is ook te horen -dat is dus de derde visie- dat het daarbij bovenal moet gaan om feedback niet zozeer naar de individuele student, maar naar het onderwijs als zodanig: om het verkrijgen van gegevens, die een leidraad kunnen

zijn voor onderwijsverbetering.

In de Beersheva voordracht van Pauli uit Bern zat ook een overzicht van toetsdoelstellingen, maar naar het abstract te oordelen -ik heb de voordracht niet gehoord- legt hij onvoldoende accent op deze laatste doelstelling: gegevens verzamelen over de kwaliteit en vooral over de tekortkomingen van het onderwijs.

M.V.: ik kies voor de eerste hoofddoelstelling: toetsing moet laten zien of een student naar de volgende fase van de studie kan overstappen, en -aan het eind van de opleiding- of hij of zij op het publiek mag worden losgelaten. En zulke beslissingen moeten voor alles fair zijn. Fair in de zin van fair beslissen, geen beslissing van één persoon op één moment, maar ook fair in de zin van aansluiting van de toetsing bij de doelstellingen van de opleiding, aansluiting bij het onderwijs, zoals dat feitelijk is gegeven, en -waar het uiteindelijk om gaat- aansluiting van de toetsing bij het medisch handelen, zoals dat feitelijk plaatsvindt.

H.M.: je staat niet alleen bij dat voorop stellen van 'fair'. Dirk Soeters van Obstetrie en Gynaecologie in Groningen begint -dat is in mijn geheugen blijven hangen- zijn Ottawa abstract met 'An examination should be fair to the students'. Ik denk trouwens dat we in dit gesprek niet helemaal fair zullen zijn! We kennen het Nederlandse werk het beste en zullen wel vooral daarnaar verwijzen!

A.S.: betrouwbare toetsing is natuurlijk heel belangrijk, maar voor mij is toetsing bovenal iets dat niet naast, op enige afstand, van het feitelijke onderwijs mag staan. Toetsing mag hoogstens aan de rand van het eigenlijke onderwijs staan. Er is bij toetsing -als het goed is- steeds een link naar het onderwijs; er moeten steeds raakvlakken met het eigenlijke onderwijs zijn. Toetsing moet vooral een antwoord geven op de

vraag: hoe goed is ons onderwijs, hoe kunnen we ons onderwijs verbeteren? Het ontwikkelen van een zo goed mogelijke toetsing, daaraan blijven werken, betekent ook dat je je steeds afvraagt: hoe zit dat medisch handelen in elkaar, en: hoe onderwijzen we dat?

Vanwege dit stimulerende effect dat toetsing op het onderwijs heeft, is het ook de moeite waard veel energie in de toetsing te steken. Ik hoor vaak: dat werken aan verbetering van de toetsing betekent een geweldige tijdsinvestering en is het rendement naar verhouding niet erg klein? Mijn antwoord is dan: wanneer er een goede terugkoppeling is van de toetsing naar het onderwijs -en dat moet dan ook wel zo zijn- dan gaat het maar gedeeltelijk om betere toetsing, het gaat dan vooral om beter onderwijs.

M.V.: ik denk dat het proces waarbij zorgvuldig toetsen leidt tot beter onderwijs, zelfs al plaatsvindt zonder dat men dat bewust nastreeft. Nadenken over toetsing leidt onherroepelijk tot nadenken over je onderwijs.

H.M.: soms verdwijnt zelfs de grens tussen onderwijs en toetsing.

Nog eens dat Leidse ALCO. Daarin maken de pas begonnen co-assistenten de eindtoets mee -als waarnemers- van de voorafgaande groep: dat is voor hen onderwijs, voor de voorafgaande groep is het toetsing.

M.V.: onderwijs en toetsing vloeien ook ineen in het Groningse programma, gericht op de persoonsgebonden aspecten van het gynaecologisch onderzoek, de persoonlijke beleving van dat onderzoek door beginnend arts (student) en patiënt. Van Lunsen en Soeters bespraken dat programma in Ottawa. Het blijkt, dat met dit programma de benadering van de patiënt door de student ingrijpend anders is dan zonder het programma. Er wordt door dit programma een fundamentele knop omgezet.

En nog even iets over dat af-

sluitende examen, het artsexamen. Daarover pratende hebben docenten het vaak -met heel ernstige gezichten- over 'onze maatschappelijke verantwoordelijkheid' en daarbij wordt dan bedoeld de verantwoordelijkheid iemand al of niet als arts op het publiek los te laten. Ik voel die verantwoordelijkheid ook, maar waarom horen we nooit iets over 'onze maatschappelijke verantwoordelijkheid' als het over de kwaliteit van het onderwijs gaat?

Een Nederlandse aanpak?

H.M.: ik ben niet op deze conferenties geweest. Ik heb alleen alle abstracts gelezen en de uitgeschreven versies van de Nederlandse voordrachten. Ik kan daarom geen in mijn ogen betrouwbaar antwoord vinden op een vraag die mij bepaald erg interesseert: hadden de Nederlandse voordrachten, als groep bezien, een eigen karakter? Waarom interesseert me dit zo? Het medisch onderwijs kent, veel meer dan bijvoorbeeld de fysiologie of de interne geneeskunde, locale, nationale tradities. Flexner heeft dat zestig jaar geleden al haarfijn uitgezocht en beschreven. En wat hij beschreven heeft, is in grote lijnen nog steeds zo. Nationale tradities zullen ook betekenen: van land tot land verschillende knelpunten en de onderwijskundigen richten zich mogelijk op deze van land tot land verschillende knelpunten.

A.S.: volgens mij was er zoiets als een Nederlandse aanpak te herkennen. De Nederlandse voordrachten waren meestal heel praktisch gericht, dicht bij de praktijk van het toetsgebeuren. Men ging meestal uit van concrete toetsingsinstrumenten, die men had ontwikkeld en waarvan men de plus- en minpunten tracht vast te stellen. Men ging meestal ook uit van feitelijke ervaringen in en met het toetsbedrijf. Een Maastrichtse voordracht vind ik een goed voorbeeld: de voordracht waarin bleek dat bij de voortgangstoets

(één van de aardigste Maastrichtse uitvindingen vind ik) 65% van de vragen, zoals die waren voorgesteld door vakdocenten, ondeugdelijk blijken bij beoordeling door een multidisciplinaire beoordelingsgroep (Beersheva, Van Hessen, Verwijnen).

H.M.: ik vind dat heel belangrijk, dat dicht bij de praktijk, en dat geldt niet alleen voor de onderwerpen waarmee men zich bezig houdt, maar ook voor de wijze waarop men ervaringen en onderzoeksresultaten aan anderen presenteert. Ik lees vaak eigenlijk wel goede onderwijskundige artikelen, waarbij ik me toch afvraag: maar wat gebeurde er nu echt in het onderwijs? Zo vond ik in een abstract van de Beersheva conferentie een beschrijving van een interessante variant van de gebruikelijke meerkeuze vragen, maar zonder voorbeelden van vragen. Het was natuurlijk een abstract, maar er had iets in kunnen staan over wat men nu feitelijk vroeg.

Door de lezer geen kijk te bieden op de feitelijke onderwijssituatie die aan de orde is, zijn onderwijskundige artikelen en congresvoordrachten vaak zoiets als een spoorboekje vol tabellen met aankomst- en vertrektijden, maar zonder plaatsnamen. Maar ik moet zeggen, na het lezen van de teksten van de Nederlandse Ottawa en Beersheva bijdragen, dat deze heel bepaald niet aan dit euvel leden. Ze laten de lezer meekijken bij het feitelijke toetsgebeuren.

M.V.: verder had je -dat is me bepaald opgevallen- bij de Nederlanders niet zozeer wat ik de toetsfundamentalisten noem, mensen die diep graven in de psychologische achtergronden van het toetsen, die toetsen meer gebruiken als instrument bij onderzoek van het medisch denken en handelen dan als instrument voor het vaststellen van onderwijsleereffecten.

A.S.: en nogal wat van dat toetsfundamentalistische werk is van het soort: ik neem een paar soorten toetsen af, leuk als het

sterk correleert, maar ook heel interessant als het niet correleert, en dan wat speculaties over dat al of niet correleren.

Geoffrey Norman van McMaster, Hamilton, Ontario, critiseert dat; zulk werk is eenvoudig te mager, dat is niet genoeg.

H.M.: toch hebben we ook die toetsfundamentalisten nodig. Zo vind ik heel belangrijk dat wordt uitgezocht, zoals in beide conferenties ook aan de orde kwam, in hoeverre toetsen nadrukkelijk gericht op probleem oplossend vermogen -probleemoplossing geplaatst tegenover kennis- niet toch heel overwegend kennis toetsen. Daar zit dan weer de vraag aan vast hoe het zit met de afhankelijkheid of onafhankelijkheid van probleemoplossend vermogen en kennis. Misschien kom je daar alleen uit wanneer je kennis opsplitst in verschillende typen, verschillende soort kennis. Geoffrey Norman, hij kwam al eerder ter sprake, denkt in deze richting.

Bij één van mijn toetsingshobbies wil ik even stil staan.

Wat maar eens moet worden verboden bij medisch onderwijskundige conferenties, is het presenteren van zak/slaag-percentages als waarnemingen. Bij beide conferenties kwam dat nog voor. Zak/slaag-percentages worden door examinatoren gemaakt, ze zijn geen waarnemingen van de werkelijkheid, maar interpretaties van de werkelijkheid.

A.S.: dat is natuurlijk wel een leuke pittige uitspraak. Maar als je daarmee zak/slaag-percentages als oninteressant en irrelevant in de prullemand gooit, dan wil ik toch protesteren. Zak/slaag-percentages -mits op een gestandaardiseerde manier verkregen- kunnen uiterst verhelderend zijn, bijvoorbeeld bij het vergelijken van examens of examenonderdelen. En ze zijn voor studenten vaak een kwestie van 'leven of dood'.

Studentgerichte toetsing, patiëntgerichte toetsing

A.S.: opvallend bij de Nederlandse voordrachten vond ik ook, dat de student au serieux werd genomen. De student wordt gezien als partner in het onderwijs en ook als partner bij het zoeken naar kwaliteitsverbetering van de toetsing: de Nederlandse voordrachten waren studentgericht. In heel wat gesprekken met buitenlanders bleek, dat dat ook hen getroffen had en dat zij dat een goede zaak vonden.

H.M.: uit wat ik van beide conferenties heb opgepikt, denk ik dat dat wel klopt: het Nederlandse werk is duidelijk studentgericht. Een goed voorbeeld van de Nederlandse studentgerichtheid vond ik de voordracht van Groenier, Van der Ende en Visser uit Groningen. Daarin werd verteld hoe men voor de beroepsopleiding van huisartsen via een zorgvuldige toetsing -alweer toetsing!- aspirant-huisartsen samenvoegt met gelijkdenkende, medisch gelijkdenkende opleiders. En dat lijkt tot een betere opleiding te leiden!

Historisch bekeken, lijkt mij toetsing waarbij de student au serieux wordt genomen, deel van een hele ontwikkeling waarbij de student au serieux genomen wordt. In het grijs verleden was dat misschien ook zo, maar bijvoorbeeld in de jaren vijftig was dat bepaald niet zo. Zo vind je in de studiegidsen van dit tijd -ik heb die laatst eens van jaar tot jaar doorgenomen voor Groningen- alleen examenregelingen; over de opbouw van het studieprogramma, voor de student toch heel belangrijk, vind je niets. Dat komt pas in de jaren zestig, toen men de curricula, die meestal tientallen jaren onveranderd waren gebleven, ging herzien.

Maar het onderwijs en de toetsing -ik praat nu niet speciaal over Nederland- zijn niet alleen meer studentgericht geworden, ook meer patiëntgericht, patiëntgericht in de zin van gericht op de patiënt als

persoon; dit tegenover de patiënt als geval, als natuurexperiment op het terrein van ziekte. De toetsing weerspiegelt hier -en dat is natuurlijk bijna altijd zo- het onderwijs. Daarin is de aandacht voor de patiënt als persoon in de afgelopen twintig, vijftientig jaar ongetwijfeld toegenomen. Wat dat allemaal inhoudt en hoe dat is gekomen, dat is een ander verhaal dat mij heftig interesseert, maar daarover nu maar niet.

Toetsprofessionals en dokters

Nog een andere vraag: wat was er bij beide conferenties de achtergrond van de sprekers? Geneeskunde of waren het overwegend toetsspecialisten met een gedragswetenschappelijke achtergrond? Uit wat ik van de beide conferenties heb gezien, kan ik die vraag niet goed beantwoorden.

A.S.: bij de Nederlanders hadden bij beide conferenties de dokters de overhand. Weliswaar niet allemaal praktiserende artsen maar toch een duidelijke meerderheid van mensen met een medische opleiding, een medische achtergrond, vaak dokter af en vooral medisch onderwijskundig bezig.

H.M.: dat dokters, mensen die van huis uit dokter zijn, op dit terrein werken, lijkt me een gunstige situatie. Het betekent meer kans dat men met dingen bezig is die echt van waarde zijn voor het medisch onderwijs en -bij het onderwerp van deze conferenties- van waarde zijn voor de toetspraktijk. Fraai is natuurlijk samenwerking: dokters samen met toetspsychologen. In de Ottawa abstracts kwam ik dat aan de hand van de qualificaties van de auteurs vaak tegen. De Beersheva abstracts geven alleen namen van de sprekers, geen academische qualificaties. Je kunt dan dus de academische achtergrond van de sprekers niet zien. De Nederlandse bijdragen op beide conferenties waren heel vaak het produkt van samenwerking tussen dokters en toetspsychologen. Ik kon dat zien, omdat ik de mensen veelal ken.

Maar waarom zoveel aandacht voor toetsing?

H.M.: het is voor de praktijk van de toetsing niet van belang maar waarom is de aandacht voor de toetsing zo sterk gegroeid de laatste decennia?

M.V.: ik heb al gezegd, dat toetsing voor mij bovenal fair moet zijn. In de jaren zestig zijn de zogenaamde 'objectieve toetsen' gekomen, vooral in de vorm van meerkeuze vragen, niet uitgevonden in het medisch onderwijs maar daar wel door velen met enthousiasme begroet: het leek dat men zo op weinig tijdrovende wijze en goed controleerbaar -helder en doorzichtig- de sterk gegroeide aantallen studenten kon toetsen. Maar deze toetsen deugen volstrekt niet volgens mijn primair criterium: een toets moet vooral fair zijn, fair hier in de zin van: aansluiten bij het doel van het onderwijs. Deze toetsen betekenen een uitsluitend op kennis gerichte toetsing. Een belangrijke impuls voor werken aan de toetserij in het medisch onderwijs is mijns inziens geweest, dat men deze éénzijdigheid onaanvaardbaar vond en wilde opheffen.

H.M.: en de huidige situatie rondom de toetsing wordt natuurlijk ook bepaald door de omgeving. De medische opleiding leeft in een omgeving van ander onderwijs, waarin men ook voor de taak van een deugdelijke toetsing staat. Zo is -denk ik- de aandacht in het medisch onderwijs voor toetsing gestimuleerd door het onderzoek naar betrouwbaarheid en validiteit van toetsen in heel andere sectoren van het onderwijs. In medische faculteiten praat men altijd over dat medische onderwijs alsof er geen ander onderwijs bestaat: ander onderwijs, waarvan men wat zou kunnen leren. Maar in feite ondergaat men natuurlijk bepaald wel invloeden vanuit andere sectoren van het onderwijs. Het is natuurlijk hetzelfde onderwijsklimaat waarin het CITO, het Centraal Instituut voor Toets Ontwikkeling, tot stand is gekomen en waarin een veel grotere aan-

dacht voor toetsing is gegroeid in het medisch onderwijs. Het is trouwens heel merkwaardig dat de universiteiten zelden of nooit gebruik hebben gemaakt van de toetsings-know-how van dat CITO.

Samenwerking

H.M.: ik hoor dat de huisartsen van de verschillende faculteiten bezig zijn gezamenlijk te werken aan de toetsing in de beroepsopleiding. Hoe vinden jullie dat? Wordt de beslissingsmachinerie zo niet te groot, te log en te traag?

A.S.: dit is een heel goede ontwikkeling. Je moet alleen zorgen, dat degenen die in de verschillende faculteiten het onderwijs geven, niet de makkelijkste weg kiezen en de ontwikkeling van de toetsinstrumenten overlaten aan een paar mensen die zich daar speciaal op toeleggen.

M.V.: op interfacultair niveau werken aan toetsing is prachtig zolang als de lokale beslissingsbevoegdheid blijft bestaan, niet wordt afgenomen, zoals bij de medische examens in de Duitse Bondsrepubliek. Dat is volstrekt en absoluut verkeerd, maar door op landelijk niveau kracht en deskundigheid te bundelen, kun je veel winnen. Het landelijk samenwerkingsverband van de Nederlandse huisartsen is een goed voorbeeld en zoiets hoeft volstrekt niet de Duitse kant op te gaan.

H.M.: in de Beersheva voordracht van Pauli uit Bern ging het ook over de vraag van een lokale versus een nationale basis voor de toetsing en dat vooral met het oog op het afsluitende examen van de basisopleiding, het artsexamen. Pauli legt daarbij een duidelijk accent op een nationaal minimum als garantie voor deugdelijke medische hulp voor het nationale patiëntenpubliek. Het bundelen op nationaal niveau van onderwijskundig kennen en kunnen -waar we het zoëven over hadden- lijkt mij eigenlijk nog belangrijker. Zo is het bijvoorbeeld mogelijk om door samenwerking over de faculteitsgrenzen heen dingen beter te

bestuderen dan vanuit één faculteit, vooral omdat bij dergelijk 'meerfaculteitenonderzoek' de ene opleiding controlegroep kan zijn voor de andere. Een voorbeeld is het werk van Van der Ende, Visser en Groenier over de communicatieve vaardigheden van huisartsen in opleiding. Ze vergeleken Groningen en Nijmegen waar het onderwijs op dit terrein ongelijk was (Beersheva conferentie). En dezelfde groep heeft op deze zelfde manier gekeken naar het effect van aan- tegenover afwezigheid van specifieke epidemiologische training.

A.S.: maar als je boven het niveau van één faculteit aan toetsing werkt, moet je wel bedenken dat toetsing en onderwijs op elkaar moeten zijn afgestemd. Dat pleit tegen landelijke toetsing. Maar natuurlijk kun je -door met elkaar over toetsing en onderwijs te praten- veel van elkaar leren. We hoeven immers niet op elke faculteit het wiel uit te vinden. Maar ook op lokaal niveau kun je krachten bundelen. Als je naar de Nederlandse voordrachten op deze beide conferenties kijkt, dan zie je dat men alleen daar werkelijk produktief is op medisch onderwijskundig terrein, waar men over de afdelingsgrenzen heen samenwerkt.

H.M.: en ik denk dat daar nog iets bijkomt. In Groningen bijvoorbeeld gebeurt er bepaald veel en dat heeft vast en zeker te maken met een fraaie samenwerking tussen onderwijskundig geïnteresseerde medici en professionele onderwijskundigen en in tweede instantie met het feit dat in Groningen de functie van onderwijscoördinator fraai tot ontwikkeling is gekomen. Ik vond in Rotterdam altijd, dat in de diverse afdelingen -met een heel enkele uitzondering- de verantwoordelijkheid voor het onderwijs zo gespreid was dat er in de praktijk niemand verantwoordelijk was.

A.S.: we hebben in Groningen weleens gezegd, dat de onderwijscoördinatoren een deeltijd-

aanstelling bij het BOOG (Bureau Onderwijs Ontwikkeling Geneeskunde) zouden moeten hebben. Dit naast hun aanstelling bij hun eigen afdeling. Zo zou je laten zien, dat ze een taak hebben, ook een taak hebben voor het totaal van het onderwijs. Dit is eigenlijk ook de gedachte achter de Projektgroep Evaluatie Studieresultaten in Maastricht en ik ervaar dat als een goede structuur.

Hoe goed is goede toetsing?

H.M.: en hoe goed is nu de huidige toetsing? Ik kan een voorbeeld geven. Het is denkbaar dat iemand door zijn beste beentje voor te zetten heel hoog scoort bij een reeks van echt goede toetsen, maar in aanleg een luie en slordige dokter is. Ron Pieters van huisartsgeneeskunde in Utrecht raakte dat probleem even in zijn Beersheva voordracht, maar hij ging er niet verder op in. Willen we zo iets bij de toetsing opsporen, moeten we dat opsporen, kunnen we dat opsporen?

A.S.: misschien moet dat wel, maar het is heel moeilijk te van-gen.

H.M.: het omgekeerde van de in aanleg luie en slordige dokter komt natuurlijk ook voor. Bijgebleven is mij een gesprek met een studiegenoot, heel wat jaren terug. Hij was tot voor kort hoogleraar in een klinisch vak. Het gesprek kwam toevallig op een andere studiegenoot, huisarts geworden. 'A.. is met veel moeite en met veel vertraging uiteindelijk tot en met het artsexamen gekomen, maar als hij een patiënt naar onze afdeling instuurt, heeft hij zelden of nooit iets gemist. Een heel goede huisarts'.

A.S.: een examen blijft een laboratorium situatie, het is niet de werkelijkheid.

M.V.: ja, en daardoor is de voorspellende waarde van een examen voor de kwaliteit van iemands medisch handelen beperkt. Het ideaal zou zijn over langere tijd het medisch handelen van een student in de slotfase van zijn

studie te registreren op videotape of audiotape en hem of haar aan de hand daarvan te beoordelen. Dan is er geen sprake van een laboratorium situatie. Zo kun je ook verdisconteren hoe iemand met inzet en motivatie compenseert, wat hij op strikt intellectueel terrein niet of weinig heeft.

A.S.: daar moeten we naartoe: met onze toetsing kijken in de praktijk-situatie.

H.M.: en de videotape of ook de audiotape is daar een prachtig instrument voor. Als je je afvraagt welke nieuwe technieken -in de ruimste zin van het woord- het meest hebben bijgedragen tot nieuwe toetsvormen, dan zijn dat de gesimuleerde patiënt en de video- en audioregistratie. Als je de abstractboeken van deze conferenties doorkijkt, dan is dat zonneklaar. Gebruik van de micro-computer is misschien een goede derde bij de nieuwe toetstechnologieën. Vooral aantrekkelijk van de video- en audiotape vind ik, dat je specifieke waarden van een niet gestandaardiseerd mondeling examen -en dat die er zijn, is op beide conferenties aan de orde gekomen- kunt combineren met een hoge betrouwbaarheid door met een aantal beoordelaars naar de registraties te kijken en te luisteren en zo de bias van één examinator te vermijden.

M.V.: het is mij opgevallen, dat in bijna alle voordrachten bij deze conferenties de praktijk als het ware ongemoeid werd gelaten bij de toetserij. En de meeste toets-situaties staan vrij ver van de medische praktijk. Vaak worden delen van het hele proces van het medisch handelen uit hun context gehaald. Je kunt er daarom zeker van zijn dat je zo toch niet helemaal volledig kunt zien hoe het in de praktijk zal gaan met iemands medisch handelen.

H.M.: nog even terug naar de vraag van laboratorium situaties versus de werkelijkheid bij toetsing. Is het niet zo dat toetsen in 'de werkelijkheid' standaardisatie uitsluit en dat je daardoor aan

betrouwbaarheid van de beoordeling verliest wat je aan werkelijkheidswaarde wint? Mag ik trouwens een illustratie geven voor het probleem laboratorium situatie versus de werkelijkheid?

Ik had last van mijn oor en mijn huisarts -naar mijn oordeel een heel goede huisarts- onderzocht mijn gehoor door met een apparaatje tonen te produceren met dan de vraag of ik die al of niet hoorde. Hij deed dat zo dat ik kon zien of hij al of niet op de knop (voor geluidsproductie) drukte. Een fout natuurlijk, maar in een examensituatie zou hij die fout vermoedelijk niet hebben gemaakt. Hoe erg is dat nu dat hij in een normale praktijksituatie deze fout maakte? Ik ging geheel gerustgesteld en tevreden weg, zonder behandeling of plannen voor verdere diagnostiek. Het was in mijn ogen een voortreffelijk verlopen arts-patiënt contact.

A.S.: wat je in zo'n geval als beoordelaar in een examensituatie moet doen, dat moet je van tevoren met je groep beoordelaars uitspreken. Misschien ben jij wel als gerustgesteld naar huis gegaan!

Wie zijn geïnteresseerd?
(in toetsing)

H.M.: ik heb nog een paar vragen. Ik ken in verschillende faculteiten groepen die met grote zorgvuldigheid werken aan het toetsen. Maar andere groepen, die dat niet doen, die van zorgvuldig toetsen geen punt maken, trekken die zich geleidelijk toch wat aan van de activiteiten van de toetsenthousiastelingen? Is er uitsluiting van hun activiteiten? Of houden de toetsenthousiastelingen vooral elkaar bezig?

A.S.: de basis van zorgvuldige benadering van het toetsgebeuren is in alle faculteiten nog steeds erg smal. Ik denk, dat het publiceren van onderwijskundig onderzoek er toe kan bijdragen dat men in de faculteiten, en die zijn momenteel heel publiek-gevoelig, meer aandacht gaat geven aan het onderwijskundige werk, daar zelf

uit gaat putten en dingen gaat veranderen.

H.M.: ik hoop het. Misschien komt er zo een eind aan één van de droevigste kanten van de toetsing. Als er tussen docenten over toetsing wordt gesproken, dan gaat het meestal over examenregelingen. Kan een zeven voor één vak een vijf voor een ander vak compenseren; vervalt na verloop van tijd die eens behaalde zeven, of -ook dat komt voor- moet die zeven na verloop van tijd als een zes worden gelezen? Moeten de tentamens voor de vakken A, B en C binnen een maand worden afgelegd of mag dat drie maanden zijn? Met honderd-en-één regels van dit soort veroorzaakt men dat de studenten nauwelijks meer in de stof zijn geïnteresseerd maar alleen in zulke regels. En nog een heel andere vraag: wat betekent het in een faculteit: werken aan toetsing en de resultaten van onderzoek daarover presenteren op congressen zoals die waar we van uitgingen?

Onderwijsenthousiasten en de anderen

A.S.: een voordracht op een medisch onderwijskundige conferentie of een artikel in een tijdschrift over medisch onderwijs betekent in onze faculteiten niet veel. En dat geldt zelfs als zo'n tijdschrift een internationale circulatie heeft. Dan betekent naar mijn indruk een artikel in het Tijdschrift voor Geneeskunde, zonder internationale circulatie, nog meer. Toch is het voor de positie van het onderwijs in een faculteit en voor de positie van mensen die zich vooral op het onderwijs toeleggen, van groot belang om over ontwikkelingen in het onderwijs en over onderzoek van onderwijs praatjes te houden en te publiceren.

M.V.: men vergeet in medisch onderwijskundige kring dat ook algemene tijdschriften met internationale circulatie en een hoge zogenaamde 'impactfactor' wel degelijk open staan voor medisch onderwijskundige bijdragen. Dat

geldt bijvoorbeeld voor The Lancet en de New England Journal of Medicine. En dat betekent echt wat als je de auteur bent van een onderwijskundige bijdrage in zo'n tijdschrift. Het is mijn stellige overtuiging dat er in Nederland op medisch onderwijskundig terrein flink wat werk wordt gedaan en bepaald op een goed niveau, maar men moet over de drempel durven van het publiceren in tijdschriften met internationale circulatie. Die drempel is er echt, veel meer dan bijvoorbeeld voor biochemici, die van het begin af aan leren om in het Engels te publiceren.

A.S.: de medisch onderwijskundigen moeten meer worden bedreven in het naar buiten treden met hun werk, zoals bijvoorbeeld biochemici, fysiologen en ook klinische onderzoekers dat doen. Eerst een voordracht of poster op een conferentie, dan opschrijven voor een congresboek en daarna een tijdschriftartikel.

H.M.: sommige onderwijskundigen, bijvoorbeeld zij die werken binnen de organisatie van een faculteitsbureau, missen de zachte en soms niet zo zachte pressie tot publiceren, want voor zo'n bureau geldt niet het 'publish or perish' dat terecht of niet terecht ook in Nederland steeds meer werkelijkheid wordt. Reageren op wat

pressie tot publiceren is toch niet vies?

A.S.: wat dat publiceren betreft, is er wel een paradox. Publiceer je in een algemeen medisch tijdschrift -en vooral als dat een tijdschrift is met grote internationale circulatie- dan geeft dat achting in je faculteit, bepaald wel belangrijk omdat onderwijsactiviteiten toch -voorzichtig gezegd- niet altijd in hoog aanzien staan in onze medische faculteiten. Maar de gespecialiseerde medisch onderwijskundigen die bereik je zo niet, die lezen dat niet. Maar zij zijn het vooral, die iets kunnen doen met wat je hebt gedaan, die daar op voort kunnen bouwen. Publiceer je in een medisch onderwijskundig tijdschrift, dan bereik je de meest geïnteresseerden, maar zulke publicaties helpen weer niet om als onderwijsman of vrouw een betere plek in je faculteit te krijgen en dan bedoel ik met betere plek iets wat veel subtieler is dan rang en salaris.

In ieder geval, we moeten proberen om vanuit het Nederlandse medische onderwijs meer te publiceren over dat onderwijs en over het daarop gerichte onderzoek. De Nederlandse bijdragen op de beide conferenties tonen aan, dat er genoeg is en genoeg kwaliteit!