

SAMENWERKING IN DE BEROEPSOPLEIDING TOT HUISARTS

M.C. Pollemans, arts, onderwijskundige - samenwerkingsverband van het Interfacultair Overleg Huisartsgeneeskunde, Utrecht,
L.H.C. Tan, socioloog - samenwerkingsverband van het Interfacultair Overleg Huisartsgeneeskunde, Utrecht.

Inleiding

Het is in de medische opleiding niet gebruikelijk dat de acht faculteiten samenwerken op het gebied van het onderwijs, laat staan wat betreft toetsing en evaluatie. Daarin is verandering gekomen met de intensieve samenwerking van de acht universitaire Instituten voor Huisartsgeneeskunde begin 1987. Er is een plan opgesteld voor een gezamenlijk curriculum voor de beroepsopleiding tot huisarts dat drie jaar moet duren (1). Het zwaartepunt daarin ligt op de tijd die de aanstaande huisarts in de praktijk van een huisarts-opleider doorbrengt. Daarnaast is plaats ingeruimd voor een ziekenhuisstage of een verpleeghuisstage. Gedurende de gehele opleiding krijgt de aanstaande huisarts een dag per week onderwijs op het huisartsinstituut. Wezenlijk voor de "nieuwe huisarts" is dat hij aan het eind van de opleiding moet tonen aan bepaalde eisen te voldoen. Deze zijn afgeleid van het Basistakenpakket van de huisarts dat door de beroepsgroep werd vastgesteld (2). In verband hiermee werd een uniek besluit genomen: in de nieuwe beroepsopleiding zal landelijk worden geëvalueerd.

De landelijke evaluatie zal zich op diverse fronten afspelen. Op vaste tijdstippen in de opleiding zullen de aanstaande huisartsen uniforme kennis- en vaardighedentoetsen moeten afleggen. De resultaten daarvan zullen worden gekoppeld aan informatie over het gegeven onderwijs in de nieuwe beroepsopleiding. De stand van zaken is op dit moment dat er een begin is gemaakt met de landelijke registratie van het onderwijsaanbod van de acht instituten. Op kennisgebied vindt drie maal per jaar een soort

"voortgangstoetsing" plaats. De derde landelijke kennistoets is inmiddels in voorbereiding. Ook aan de invoering van landelijke toetsen op het gebied van medisch-technische en consultvoeringsvaardigheden wordt hard gewerkt. Verder wordt op korte termijn begonnen met de registratie van het onderwijsaanbod bij de verschillende praktijkstages in de huisartsopleiding.

Experimenten

Voordat de landelijke evaluatie werd ingevoerd, wilde men duidelijkheid hebben over een aantal praktische zaken. Welke instrumenten waren beschikbaar? Waren de direct betrokkenen, arts-assistenten in opleiding en docenten, gemotiveerd om tijd en energie in toetsing en evaluatie te steken? Kortom: de praktische haalbaarheid en uitvoerbaarheid van landelijke evaluatie moest worden aangetoond. Met dit doel zijn eind 1987 drie experimenten uitgevoerd. Er werd een landelijke experimentele kennistoets afgenomen in combinatie met een landelijke experimentele vaardighedentoets. Verder werd gedurende drie maanden een landelijke registratie van het instituutsonderwijs uitgetoetst.

De instrumenten die zijn gebruikt, bestonden uit aangepaste versies van bestaand materiaal. Zo is er voor de kennistoets gekozen voor het stramien van de Maastrichtse voortgangstoets: een reeks vragen van het Juist-Onjuist-Vraagteken-type, verdeeld over een aantal rubrieken. De rubrieken in de experimentele kennistoets bestonden uit acht huisartsgeneeskundig relevante onderwerpen. De toetsvragen kregen de vorm die huisartsgeneeskundig aantrekkelijk is

(3): rond casuïstiek uit de huisartspraktijk geclusterde vragen die niet zozeer gericht zijn op "weetjes", maar op kennis die relevant is voor de uitoefening van het vak. Bij voorbeeld:

Een huisarts wordt geroepen bij de heer Kroon, 48 jaar, die heftige pijn op de borst heeft. Bij onderzoek vindt zij een bleke, transpirerende man met een pols van 60 slagen per minuut en een tensie van 150/80 mmHg. De huisarts stelt de diagnose hartinfarct. Zij besluit tot het toedienen van Thalamonal R (fentanyl en droperidol).

Vraag:

- Intraveneus toediening heeft in dit geval de voorkeur boven intramusculaire toediening.

Antwoordmogelijkheden:

- Juist/?/Onjuist

Ook voor de vaardighedentoets is voortgeborduurd op een bekend stramien: evaluatie via een serie van vaardighedenstations (vaardighedencircuit). De arts-assistent demonstreert een omschreven vaardigheid in bijzijn van een observator. Deze maakt bij de beoordeling gebruik van een observatielijst met gespecificeerde criteria waaraan de handelingen van de student moeten voldoen.

De stations in de experimentele vaardighedentoets betroffen vier medisch-technische vaardigheden. Om de stations zo veel mogelijk huisartsgeneeskundig relevant te maken, werden ze eerst voorgelegd aan een panel van 40 experts (vijf huisarts-docenten per universitair huisartsinstituut). De gebruikte observatielijsten zijn op basis van het paneloordeel aangepast.

Bij de landelijke experimentele onderwijsevaluatie werd gebruik gemaakt van een speciaal daarvoor ontworpen registratieformulier waarop de onderwerpen die in het instituutsonderwijs per dag behandeld werden qua tijdsduur, onderwijsgever, onderwijsvorm en ge-

bruikte hulpmiddelen moesten worden aangegeven (4).

Resultaten evaluatie van kennis en vaardigheden

De experimenten op het gebied van kennis en vaardigheden van aanstaande huisartsen zijn uitgevoerd op twee landelijke toetsdagen in Amsterdam. Hier zijn een kleine honderd aanstaande huisartsen getoetst. Elk instituut deed mee met een groep huisartsenin-opleiding. Aan alle betrokkenen is na afloop van de toetsen gevraagd wat ze ervan vonden.

De assistenten bleken, enigszins tot onze verrassing, deelname aan beide toetsen zeer gewaardeerd te hebben. Ze vonden het leuk en wilden best vaker op een dergelijke manier worden getoetst. Zelfs het feit dat van hen werd verwacht om voor deze toetsen een dag (voorzien van spoorwegobstructies en files op autowegen) naar Amsterdam te komen, bleek voor de meesten geen onoverkomelijk bezwaar.

De onderwerpen en vragen van de kennistoets werden algemeen als relevant voor de huisarts beschouwd. De casusvorm van de vragen sloeg goed aan hoewel een relatief groot aantal assistenten wel aangaf enige moeite te hebben met de vraagvorm, met name bij welke mate van onzekerheid het vraagteken moest worden gebruikt. De toets werd als "pittig" beoordeeld, moeilijker dan verwacht. De assistenten waardeerden overigens de kennistoets vooral als middel voor zelfevaluatie om eigen lacunes te ontdekken.

Het bij de vaardighedentoets toegepast circuit betekende voor vrijwel allen een eerste kennismaking met deze toetsvorm. Ze uitten geen bezwaar tegen de methode op zich maar gaven wel aan dat onwennigheid hen parten had gespeeld; vooral het "hardop" denken in aanwezigheid van derden bleek inspannend. De aanwezigheid van een observator werd overigens op prijs gesteld vanwege de mogelijk-

heid van directe feedback op de gedemonstreerde handelingen. De stationsonderwerpen werden als huisartsgeneeskundig relevant beschouwd. Tussen de mate van detaillering van de in de toets gehanteerde observatielijsten aan de ene kant, en de in de huisartsenpraktijk gangbare gewoonten aan de andere kant ervoeren ze echter soms wel verschil. Ook voor de vaardighedentoets gold, dat de assistenten er met plezier aan hadden deelgenomen en de geïnvesteerde tijd zinnig en nuttig vonden doorgebracht. Inzicht in eigen lacunes te hebben gekregen en zich bewust te zijn geworden van hiaten in het praktisch en vooral systematisch handelen, vond men belangrijk.

Een tweede groep betrokkenen aan wie een oordeel is gevraagd over de experimentele toetsen, waren de docenten.

Wat betreft de kennistoets is er bij de docenten geen rechtstreekse informatie verzameld. Indicatief voor het belang dat ze eraan hechtten, is overigens wel het gegeven dat buiten de acht reguliere aan het landelijke experiment deelnemende groepen, nog eens tien extra groepen huisartsen-opleiding op eigen verzoek aan de kennistoets hebben deelgenomen. Ook groepen perifere huisartsen die op enigerlei wijze op de hoogte waren geraakt van het bestaan van de experimentele kennistoets, hebben de toets later gemaakt als onderdeel van nascholings- of deskundigheid bevorderende bijeenkomsten. Ook zij vonden de toets leuk en relevant.

De opvattingen van de docenten over de vaardighedentoets kwamen op verschillende momenten tot uiting. Zoals al vermeld waren 40 docenten betrokken bij het relevantieonderzoek naar de observatiecriteria. Daarnaast zijn nog een dertigtal docenten als observator getraind en ingezet tijdens de toets. Het resultaat was dat het erop leek alsof de vaardigheden een beetje werden "herontdekt".

Het observeren van vaardigheden aan de hand van gespecificeerde criteria was ook voor de meeste docenten nieuw. Daarom werd er van tevoren uitgebreid informatie verstrekt en werd gelegenheid gegeven een training in observeren te volgen. Al tijdens de trainingsbijeenkomst bleek dat de beoordelaars(-in-spe) aan het denken waren gezet over hun eigen vaardigheden, ingeslepen routines, en zin en onzin van bepaalde handelingen. Ze vonden het alleen al zeer motiverend hierover met een groep "gelijkgestemden", collegae van andere instituten die met dezelfde problemen te maken hebben, van gedachten te wisselen. Dit gevoel werd tijdens de landelijke toetsdagen steeds sterker. Deelname aan het experiment werd ook stimulerend genoemd voor de ideevorming over de relatie tussen onderwijsaanbod, assistent- en onderwijsevaluatie. Later bleek ook, dat de experimentele vaardighedentoets stimulerend heeft gewerkt op het onderwijs: contacten met docenten die zich bezig houden met systematische vaardigheidstraining in de medische basisopleiding, zijn gelegd of verstevigd, mogelijkheden tot toepassing in het onderwijs van de systematiek afdwingende observatiemethode zijn onderzocht. Het betekent dat vooral de kracht van de methode als onderwijsmiddel wordt herkend, maar dat er toch ook als evaluatiemethode goede perspectieven voor zijn.

Resultaten onderwijsregistratie

Het landelijk experiment met het onderwijsregistratieformulier heeft op vijf instituten plaats gevonden. In totaal is het instituutsonderwijs aan zestien opleidingsgroepen geregistreerd.

Inzicht in het onderwijsaanbod is nodig om de gegevens uit de evaluaties tegen af te kunnen zetten. Bovendien wordt door deze registratie duidelijk wat er op de verschillende instituten aan onderwijs wordt gegeven, zoals bijvoorbeeld welke onderwerpen al dan niet aan

bod komen. Uiteindelijk moet er informatie door beschikbaar komen die de effectiviteit en de efficiëntie van het onderwijs kan bevorderen. Het (kortdurende) experiment leverde al aardige gevens in die richting op. Zo bleek dat ongeveer een derde van de aan het instituutsonderwijs bestede tijd gaat zitten in onderwijsfaciliterende activiteiten en evaluatie. Ongeveer een kwart van het instituutsonderwijs is ziekte- of patientgebonden. Een dag instituutsonderwijs duurt gemiddeld vijf uur en een kwartier en er komen in die tijd doorgaans ongeveer drie onderwerpen aan orde.

Inhoudelijk ondubbelzinnig rubriceren van het onderwijsaanbod bleek nog een hele klus. Daarvoor zal het recent gereedgekomen classificatiesysteem voor het huisartsgeneeskundig onderwijs de oplossing moeten leveren (5).

In elk geval bleek systematische landelijke registratie van het instituutsonderwijs haalbaar. Medio 1988 is deze wijze van registratie op alle universitaire instituten voor

huisartsgeneeskunde ingevoerd.

Conclusie

Het is verheugend dat er samenwerking mogelijk is tussen de verschillende huisartsinstituten op het gebied van onderwijs en evaluatie. Nog mooier is dat de meest betrokkenen, de docenten en huisartsen in opleiding, er plezier aan beleven en er gemotiveerd aan meewerken. Dat stimuleert, niet in de laatste plaats de bedenkers en de uitvoerders van de plannen voor de beroepsopleiding tot huisarts. Overigens: het is nog lang niet zo ver dat rechtvaardig summatief kan worden getoetst of iemand een goede huisarts wordt. Voor het zo ver is zal er nog veel water door de Rijn (en de Maas) vloeien. Maar toch: het lijkt erop dat de weg die de huisartsopleiding is ingeslagen, er een is die perspectieven opent en navolging verdient. Wie weet ook voor specialistische opleidingen en voor het medische basiscurriculum.

Noten

1. Het nieuwe curriculum is door een speciaal daartoe ingestelde commissie voorbereid. Deze commissie heeft uitgebreid verslag gedaan van haar activiteiten. De belangrijkste rapporten over de structuur en inhoud van het nieuwe curriculum, zijn "Een structuurplan voor de beroepsopleiding tot huisarts" (CCBOH-01, Utrecht 1985) en "De opzet van het curriculum voor de beroepsopleiding tot huisarts" (CCBOH-05, Utrecht 1986). Verder zijn de landelijke evaluatieplannen beschreven in CCBOH-09a "Evaluatie" (Utrecht 1986) en CCBOH-09b "Landelijke evaluatieactiviteiten in het kader van de meerjarige beroepsopleiding tot huisarts" (Utrecht 1986).
2. Landelijke Huisartsenvereniging. "Basistakenpakket voor de huisarts" (1983).
3. Zuidweg J, Leeuwen Y van, Tan LHC, Geldorp G van. Aanstaaende huisartsen getoetst op hun kennis over diabetes. Medisch Contact 1987; 33: 1025-7.
4. Uitvoerige informatie over de achtergrond en resultaten van de experimenten is te vinden in het "Experimentenplan" (SV-IOH-02, Utrecht 1987) en in de aparte verslagen over de drie experimenten: SV-IOH-06a en SV-IOH-06b over de landelijke experimenten met betrekking tot kennis, resp. vaardigheden, en SV-IOH-07 over het landelijk experiment met de onderwijsregistratie. Deze rapporten zijn te verkrijgen bij het Uitvoerend Bureau van het landelijk Samenwerkingsverband (Bijlhouwerstraat 6, Utrecht).
5. Schadé E, Pollemans M, Grol R, Meijer J. "Meten is weten". Voorstel voor een classificatiesysteem voor het huisartsgeneeskundig onderwijs,

de opleiding tot huisarts en voor de deskundigheidsbevordering van huisartsen. (Amsterdam 1988).

Addendum

M.C. Pollemans en L.H.C. Tan zijn beiden verbonden aan het Samenwerkingsverband van het Interfacultair Overleg Huisartsgeneeskunde (SV-IOH) te Utrecht. Zij hebben dit artikel op persoonlijke titel geschreven. De overige leden van het Samenwerkingsverband zijn "perifere" medewerkers (afgevaardigden van de universitaire huisartsinstituten): M.L.M. Ceha (Leiden), J.P. Freriks (Rotterdam), K. Groenier (Groningen), R.P.T.M. Grol (Nijmegen), Y.D. van Leeuwen (Maastricht), H.M. Pieters (Utrecht), G. van Staveren (VU-Amsterdam) en E. van der Wiele (UvA-Amsterdam); en "centrale" medewerkers: G. van Geldorp, A.W. Kramer, J. Stolk en T. van der Werve.

Bladvulling

Met de toenemende, overigens toe te juichen, aandacht voor de specifieke problemen van de vrouwelijke patiënt in de arts-patiënt relatie stijgt ook mijn verbazing. Een verbazing omtrent mijn mannelijke collegae en hun geslachtsgenoten. Ook binnen de medische wereld blijkt de emancipatiegedachte vooral te bestaan uit vrouwenemancipatie.

Er is veel aandacht voor de problemen van de patiënte welke een gynaecologisch onderzoek moet ondergaan, uitgevoerd door een vaak mannelijke arts. Onderwijsprogramma's worden ontwikkeld om de aankomende doktoren beter voor te bereiden. Televisieprogramma's worden gemaakt om de patiëntes mondiger te maken.

Mijn mannelijke collegae doen vreselijk hun best begrip te ontwikkelen voor deze "vrouwelijke" problemen.

Maar waar blijven zij zelf en waar blijft de mannenemancipatiegedachte?

Toegegeven, bij de hierboven ge-

noemde problematiek in de relatie patiënte-dokter wordt ook aandacht besteed aan de gevoelens van de (mannelijke) arts bij het uitvoeren van gynaecologisch onderzoek. Maar waarom wordt er zo weinig aandacht besteed aan de problemen van de mannelijke patiënt welke door een (vrouwelijke) arts moet worden getoucheerd of andrologisch onderzocht?

Er is weinig verplaatsingsvermogen voor nodig om te bedenken, dat ook hij specifieke problemen zal hebben. Hoogstwaarschijnlijk zijn deze problemen niet veel anders dan die van zijn (vrouwelijke) medepatiëntes. Wordt het niet eens tijd om feminisme in te ruilen voor emancipatie? Mannen- én vrouwenemancipatie of beter patiëntenemancipatie en artsenemancipatie? Aangezien veel van de problemen welke in de belangstelling staan, als specifiek eigen aan de vrouw, in wezen net zo moeilijk zijn voor hun mannelijke lotgenoten.

M.H. IJspeert-Gerards.