

PRAKTISCH HUISARTSGENEESKUNDIG ONDERWIJS IN GRONINGEN

EEN BLOKCURSUS IN HET VIERDE STUDIEJAAR

L.G.J. VEEHOF

Het praktisch huisartsgeneeskundig onderwijs in Groningen bestaat uit "de blok cursus". Deze blok cursus wordt sinds 1971 georganiseerd en vindt plaats in het vierde studiejaar. De opzet van de cursus is al die jaren grotendeels dezelfde gebleven: een stage van drie dagen bij een huisarts gevolgd door cursorisch onderwijs op het Universitair Huisartsen Instituut (UHI). Doel van de blok cursus was indertijd: "kennismaking met de huisartsgeneeskunde, zodanig, dat een zo duidelijk mogelijk beeld ontstaat van dit arbeidsveld voor alle toekomstige artsen en zodanig, dat op grond van deze kennismaking te zijner tijd kan worden besloten tot het wel of niet huisarts worden."

L.G.J. Veehof,
huisarts onderwijscoördinator,
Vakgroep
Huisartsgeneeskunde,

Correspondentieadres:
Antonius Deusinglaan 4
9713 AW Groningen

EVOLUTIE VAN DE BLOKCURSUS

Begin zeventiger jaren bestonden de middagen van de blok cursus uit een inleiding over een bepaald thema uit de huisartsgeneeskunde, waarna er discussie plaatsvond in subgroepen.

Onderwerp of thema van discussie waren in het begin: begeleiding van chronische zieken en stervenden; arts, patiënt en omgeving; het menselijk bestaan van de huisarts.

In de loop der jaren verschoof het accent geleidelijk naar de inhoud van het gesprek tussen dokter en patiënt. Er werd meer accent gelegd op de werkwijze van de huisarts. Het belang van verheldering van de hulpvraag werd benadrukt en de studenten oefenden hierin door middel van rollenspelen.

Om de stage bij de huisarts te structureren worden de laatste jaren opdrachten verstrekt. Deze opdrachten worden op de middagen op het instituut nabesproken. In het begin waren de opdrachten voornamelijk gericht op een voorzichtige observatie in de huisartspraktijk met aandacht voor de persoon van de dokter. Allengs trad een verschuiving op naar het doen van de dokter, het huisartsgeneeskundig handelen. Anders geformuleerd, de nieuwsgierigheid naar 'wie is die dokter en waarom doet deze zus of zo' verschoof naar 'wat doet hij of zij nu precies'.

DE BLOKCURSUS NU

Dit praktisch onderwijs in het vierde studiejaar volgt op het theoretisch onderwijs in het derde studiejaar. Na een dertigtal colleges, waarin een algemene inleiding wordt gegeven in de huisartsgeneeskunde en enkele huisartsgeneeskundige themata worden behandeld, moet de student een mondeling examen afleggen over de collegestof en het leerboek. De student moet slagen voor dit examen, voordat hij tot de blok cursus kan worden toegelaten.

Aldus wordt bereikt dat de studenten een theoretische basis hebben als zij de huisartspraktijk ingaan. Van de globale onderwijsdoelstellingen voor de opleiding tot basisarts, opgesteld door het Interfacultair Overleg Huisartsgeneeskunde Basisonderwijs, zijn de doelstellingen van deze cursus afgeleid.

In globale onderwijsdoelstellingen wordt geformuleerd wat de basisarts gezien vanuit de huisartsgeneeskunde moet weten en kunnen. De blok cursus beoogt de studenten inzicht te geven in:

1. het 'reilen en zeilen' van een huisartspraktijk
2. de betekenis van het ziek-zijn
3. de denk- en handelwijze van de huisarts.

Bij elk van deze drie doelstellingen horen opdrachten die de studenten moeten uitvoeren tijdens de stage.

DE OPZET VAN DE CURSUS

De grootte van de groepen is doorgaans 40 studenten.

Op de eerste middag ontvangen de studenten instructie over de stage. Met behulp van videopresentaties wordt geoefend in het observeren van de werkwijze van de huisarts.

De studenten dienen voor aanvang van de cursus in het bezit te zijn van een syllabus. Deze bevat instructies, de opdrachten die uitgevoerd moeten worden en enige achtergrondinformatie. Voor de begeleiders is een draaiboek gemaakt waarin het programma exact is beschreven. In totaal bieden 150 huisartsen in de drie noordelijke provincies gastvrijheid aan deze vierdejaars studenten.

Voor het cursorisch onderwijs in de tweede week van de cursus wordt de groep gesplitst in drie subgroepen. Elke subgroep wordt gedurende vier middagen begeleid door een stafid (meestal een huisarts).

Op de eerste middag na de stage worden de stage-ervaringen gespuid. De individuele ervaringen van de student worden geplaatst tegen het licht van de groepservaringen en wat hun daarover uit de literatuur en het onderwijs bekend is. Door de uitwisseling realiseren studenten zich dat zij slechts één wijze van praktijkvoering hebben gezien. Bij de bespreking van de observatieopdrachten komen aan bod: de praktijkorganisatie, de taken van de doktersassistente, de kenmerken van de praktijk (zoals leeftijdsopbouw, ligging, enzovoort), werkbelasting, beroepsmatige contacten, administratie en verslaglegging, registratie, (na)scholingsactiviteiten. Naast het belang van oog hebben voor de betekenis van ziekzijn en de gevolgen die een ziekte kan hebben wordt hierbij ook gewezen op het belang van een goede vraagverheldering voor een optimale hulpverlening door de huisarts.

De student voert hiertoe een vraaggesprek met een patiënt, voordat deze de huisarts met het probleem of de klacht(en) bezoekt. Door dit gesprek vooraf krijgt de student inzicht in de ideeën en de verwachtingen die de patiënt heeft ten aanzien van het probleem of de klacht(en). Na dit voorgesprek is de student ook aanwezig bij het eigenlijke consult. Een andere mogelijkheid is dat de student een patiënt bezoekt die al lange tijd ziek is of een chronische ziekte heeft. Bij dit vraaggesprek

ligt het accent meer op de gevolgen die het ziekzijn of een ziekte voor een patiënt en diens (directe) omgeving kan hebben.

Voor een optimale uitvoering van deze opdrachten is vooroverleg met de huisarts vereist.

Op de cursusmiddag in de tweede week worden de verschillende casus gepresenteerd. Om inzicht te krijgen in de denk- en handelwijze van de huisarts krijgt de student de opdracht om van een aantal patiënten, met een nieuwe klacht, enkele gegevens te noteren.

Wat was het probleem/de vraag of de klacht? Wat waren de bevindingen van de huisarts bij lichamelijk onderzoek? Waaruit bestond de behandeling? Hoe was de afsluiting? Wat was uw eigen werkhypothese of differentiaal diagnose? Kwam deze overeen met die van de huisarts? etcetera

Op de cursusmiddag worden de verschillende patiëntencasus in fasen besproken. Dat wil zeggen eerst wordt het probleem gepresenteerd, waarna aan de hand van door vragen verkregen informatie een werkhypothese en een behandelingsplan worden geformuleerd. In de discussie worden door de huisartsbegeleider elementen uit de medische beslistkunde en de klinische epidemiologie ingebracht.

Tot slot wordt een integratie tot stand gebracht van de onderwerpen die in de cursus aan de orde zijn geweest. In rollenspelen worden nog eens aspecten van vraagverheldering, hypothesevorming en -toetsing en het opstellen van een behandelingsplan geoefend.

BESCHOUWING

De blokcursus huisartsgeneeskunde biedt niet alleen aansluiting op het theoretisch onderwijs huisartsgeneeskunde, maar biedt de student ook de mogelijkheid om zijn kennis en vaardigheden voor het eerst in de studie te toetsen aan de praktijk buiten het ziekenhuis. Dat deze confrontatie niet altijd even gemakkelijk verloopt, beschrijft Bender in zijn proefschrift.¹

Het vierde jaar is voor de student een beslissende periode. Het is een overgangsperiode naar de kliniek. De driedaagse stage bij de huisarts heeft - zo is onze indruk - een grote invloed op deze periode.

De confrontatie met de realiteit van het medisch handelen leidt tot een soort schokeffect

bij de student. Dit schokeffect is van tweeërlei aard: de opgedane ervaring wordt ofwel naar de eigen persoon toe vertaald ("Ik kan niks" of "Ik kan nog niks") ofwel naar het medisch handelen ("Ik weet nu dat de medicus onmachtig is").

Deze invloed kan niet als negatief opgevat worden. Bezinning over de mogelijkheden en onmogelijkheden van (eigen) geneeskundig handelen en kritisch leren omgaan met de verworven kennis en vaardigheden horen thuis in de geneeskundeopleiding. Resultaat moet wel zijn dat de student dicht bij de realiteit komt te staan.

LITERATUUR

1. Bender W. Studeergedrag van medische studenten en didactische mogelijkheden voor docenten. Proefschrift, Groningen 1985.

DE SELECTIE VAN TOEKOMSTIGE HUISARTSEN:

"KOEKHAPPEN EN ZAKLOPEN"

"Het blijkt mogelijk om een maatschappelijk geaccepteerde instroombeïnvloeding of selectieprocedure te ontwikkelen zonder loting"

"Het blijkt mogelijk de selectieprocedure zodanig te structureren dat die artsen tot de beroepsopleiding worden toegelaten, die de grootste kans hebben de opleiding met succes te voltooien"

Aldus de conclusie van de werkgroep selectie van het College voor Huisartsgeneeskunde (CHG), zoals vermeld in hun onlangs uitgebrachte tussenrapportage betreffende de toelatingsprocedure voor het volgen van de beroepsopleiding tot huisarts. De conclusie is gebaseerd op het advies van een tweetal psychotechnische adviesbureaus waar men bij te rade meende te moeten gaan. In feite brengen deze bureaus, in gewichtig aandoende rapporten, met mooie woorden als 'objectiviteit', 'zorgvuldigheid', 'hoge eisen', 'inzichtelijkheid', en dergelijke, maar waarin bij één van de adviezen zelfs met geen woord gerept wordt over de voorspellende waarde van het te hanteren instrumentarium, simpelweg (ik veronderstel) hun standaard pakket van mogelijkheden in de aanbieding. Geen wonder, zou ik denken, als je zo'n vette vis aan de haak lijkt te kunnen slaan!

Hoogstverwonderlijk is het daarentegen dat de CHG-werkgroep ogenschijnlijk zonder aarzeling, er staat althans niets over in hun rapportage vermeld, in het aas lijkt te bijten. En dan te weten dat de werkgroep leden, zoals zij ook -zij het terloops- in hun rapport vermelden, aanwezig waren op de NVMO themadag over selectie, 1 december jongsleden. Daar heeft toch werkelijk heel weinig geklonken van enig vertrouwen dat men zou kunnen stellen in de gebruikelijke selectie-instrumenten en procedures, hoe objectief, zorgvuldig en inzichtelijk de werkwijze ook moge zijn (meer hierover in het volgende nummer van dit Bulletin). Met name het selectiebeleid van de chirurgen, zoals beschreven werd door Keeman, werd fors bekritiseerd. Het is uiteindelijk niet veel beter dan 'koekhappen en zaklopen', zoals een der discussianten het tenslotte kernachtig samenvatte. Ook de chirurgen namen een psychotechnisch adviesbureau in de hand. De huisartsen lijken nu dit voorbeeld van de 'echte' specialist te gaan volgen, omwille van de maatschappelijke aanvaardbaarheid. In dat opzicht doen dergelijke bureaus het goed. Als de huisartsen werkelijk de wetenschappelijkheid willen waarmaken waar ze in hun vak zo naarstig naar streven, dan hadden ze moeten durven bekennen dat het met onze selectiemethoden nu eenmaal slecht gesteld is. Eén wachtlijst is dan nog altijd tien keer beter dan tien vragenlijsten van een psychotechnisch adviesbureau.

G.M. Verwijnen