

"ELKE HOOGLERAAR KINDERGENEESKUNDE MOET VANWEGE ZIJN VERANTWOORDELIJKHEID LID ZIJN VAN APEE"

Interview met
Hermien Zoethout
door H.J.M. van
Rossum



Hermien Zoethout

is kinderarts, opleider in het Juliana Kinderziekenhuis te Den Haag, geaffilieerd met de Rijksuniversiteit Leiden. Ze heeft een deeltijdaanstelling bij de vakgroep Kinder-geneeskunde van deze laatste instelling. Ze is beoogd voorzitter (1990) van de Association for Pediatric Education in Europe (APEE).

Internationale organisaties op het gebied van medisch onderwijs zijn er niet veel.

De AMEE (Association for Medical Education in Europe) is een overkoepelende organisatie van nationale verenigingen, die jaarlijks vergadert. Deze bijeenkomsten zijn echter politiek getint en meer strategisch van aard dan inhoudelijk gericht op onderzoek en innovatie van onderwijs. Het was dan ook verrassend een kort verslag te ontvangen van een APEE-congres (Association for Pediatric Education in Europe), een organisatie die zich blijkens het verslag richt op studentenonderwijs in een der medische disciplines, de kindergeneeskunde.

Geïntrigeerd door deze ontdekking besloot de redactie de inzender van het verslag te interviewen over de historie, de waarde en de toekomstplannen van deze organisatie.

WAT IS DE APEE?

De APEE werd in 1969 opgericht door enkele kinderartsen. Zij wilden ideeën uitwisselen over onderwijs en opleiding met de nadruk op het onderwijs aan medische studenten. In totaal zijn er momenteel rond de tachtig geregistreerde leden uit zeventien landen; drie Nederlanders zijn lid.

Ieder jaar is er ergens in Europa een congres waar zo'n zestig mensen komen. Je kunt een idee krijgen wat er zoal aan de orde komt als je kijkt naar de thema's van de laatste jaren:

1984	Dundee	nieuwe onderwijs-technieken, met name het OSCE.
1985	Barcelona	adolescenten-geneeskunde
1986	Rennes	sociale pediatrie
1987	Den Haag	patiënt education
1988	Charing Cross	gebruik van AV-middelen in het klinisch onderwijs
1989	Istanbul	voeding

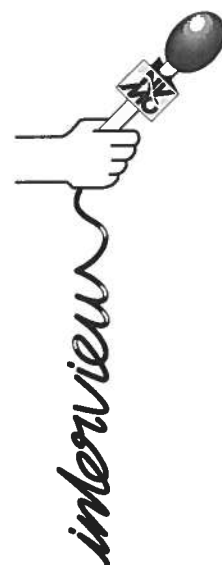
Het stramen van zo'n conferentie is vrij klassiek. De eerste dag zijn er enkele plenaire zittingen als inleiding op het thema. Op de tweede dag worden verschillende onderwerpen in gespreksgroepen uitgediept en in de slotbijeenkomst wordt gerapporteerd en afgerond. Tussendoor is er een huishoudelijke vergadering en zijn er sociale activiteiten, waar je de kans hebt persoonlijk met elkaar te praten.

Waarom werd je lid van APEE?

Een van de initiatiefnemers was Van Zeben, mijn voorganger in het Juliana Kinderziekenhuis. Hij heeft me ervoor geïnteresseerd. Later heeft Schweizer, hoogleraar kindergeneeskunde te Leiden, destijds voorzitter van de APEE, thans erelid, me definitief overgehaald lid te worden. Na mijn eerste conferentie in Dundee was ik zo enthousiast dat ik actief lid ben geworden.

Je vertelde dat je enthousiast was geworden na Dundee. Hoe kwam dat?

In 1984 maakte ik in Dundee voor het eerst kennis met het instituut van Harden en het



daar ontwikkelde OSCE (Objective Structured Clinical Examination). Het feit dat je kunt *meten* in het onderwijs was voor mij een eye opener. Bij thuiskomst heb ik direct contact opgenomen met onze Dienst Onderwijs Ontwikkeling (DOO) om iets dergelijks in ons eigen ziekenhuis op te zetten. Samen hebben we toen een Gestructureerd Klinisch Examen ontwikkeld dat alle co-assistenten moesten afleggen aan het eind van het coschap. Eerst moesten de studenten een patiëntje (in het bijzijn van de ouders) onderzoeken en statussen; een kinderarts observeerde dat. Daarna werkten de studenten vier onbemande stations af; een ervan was gericht op diëtetiek en de drie andere op het interpreteren van klinische documenten als lab-uitslagen, een röntgenfoto en een groeicurve. Iemand van de Dienst superviseerde daar de gang van zaken. Voor deze stations had ik drie sets met problemen gemaakt, zodat elke groep co's nieuw materiaal kreeg. De organisatie was altijd een heel werk, vooral het uitzoeken van geschikte patiënten en het overleggen met de ouders. We hebben erover gerapporteerd op een NVMO-dag en tijdens de 2e Ottawa conferentie (nummer 67 in de Proceedings).

Hoe zie je de rol van de Dienst Onderwijs Ontwikkeling hierbij?

Zonder de mensen van de dienst had ik dit niet kunnen opzetten. Ze zijn nodig voor het verantwoord uitwerken van het idee, en onmisbaar als het gaat om het interpreteren van al die resultaten. Je hebt die didactische expertise nodig. Bovendien doe je uit die samenwerking inspiratie op, zodat je er echt lol in hebt.

Hoe draait het nu?

Niet meer. We hebben in totaal zes maanden gedraaid, elke drie weken drie tot vier co's. Toen kon de Dienst Onderwijs Ontwikkeling er geen mankracht meer voor leveren. Mijn collega kinderarts kreeg het te druk en in je eentje kan je het niet doen.

Vind je het niet zonde van de energie, die je erin hebt gestoken? Uiteindelijk heeft het niet geresulteerd in een verbetering van het onderwijs.

Nee, ik vind het niet zonde van de energie. Ik vind het wel jammer dat het niet geresulteerd heeft in een blijvende verbetering. Maar als we nu de mogelijkheden zouden hebben, en

dan bedoel ik vooral menskracht, dan zouden we het zo kunnen invoeren. Alle voorbereidingen zijn al verricht.

Zijn er nog meer voorbeelden van concrete dingen die je van zo'n conferentie mee hebt genomen naar huis?

Een tweede conferentie die me aan het denken heeft gezet, was die in Charing Cross in het afgelopen jaar. Wat ze daar ontwikkeld hebben laat zich het beste omschrijven als 'distant learning'. Alle teaching hospitals zijn daar via een televisie-circuit met een centrale post verbonden. Daar zit een docent in een soort studio met een klein publiek. De docent kan daar een demonstratie geven of een college. Hij ziet dan op monitoren de zalen in de aangesloten hospitalen, waarmee hij kan communiceren. Ze zijn er erg tevreden over. In het begin liep het niet zo goed. Toen hadden ze namelijk niet die mogelijkheid van interactie. Docenten gaven in het centrale zaaltje colleges en zagen dan hoe de mensen in de aangesloten zaaltjes langzaam wegliepen. Die leegloop was zo frustrerend voor de docenten dat ze een onderwijskundige erbij hebben gehaald. Die heeft ze uitgelegd dat je meer interactie moet inbouwen om toehoorders te kunnen blijven boeien.

Dr A.R. Williams, directeur van het teaching department, heeft toen de omscholing begeleid. Een paar docenten vielen af, omdat ze zich niet zo thuis voelden in die interactieve rol, maar nu functioneert het systeem wel naar tevredenheid.

Wat heb je toen gedaan?

Door die ervaring heb ik me gerealiseerd dat je als docent in zo'n systeem in een andere rol moet (leren) functioneren. Je moet als het ware van 'verteller' veranderen in een 'discussieleider' of zoiets.

Daarna heb ik in ons vierdejaars onderwijsblok iets nieuws uitgetest op basis van die gedachte. Het is een soort 'Gestructureerde Open Vraag' in de collegebanken. Ik had een op papier uitgeschreven casus in 15 stukken geknipt, waarbij elk stuk een onderdeel omvatte van de gehele casus. Het eerste stuk betrof de anamnese, het tweede het lichamelijk onderzoek enzovoort tot en met het tweede controlebezoek op de polikliniek na ontslag uit het ziekenhuis. Ik deelde de genummerde blaadjes uit onder de studenten en begon met

blaadje 1 op de overhead projector te leggen. Ik gaf de zaal even denktijd en vroeg dan aan degene die blaadje 1 had gekregen, wat hij of zij nu zou doen. Op die manier ontstond een levendige discussie in de zaal waar iedereen betrokken was. Ikzelf hoefde eigenlijk alleen maar het gesprek te leiden en af en toe wat uit te leggen.

Hoe was de reactie van studenten en je mededocenten?

Studenten hebben het blok geëvalueerd. Mijn nieuwtje kreeg daarin een eervolle vermelding. De evaluatie werd binnen onze onderwijscommissie besproken, maar geen van de collega's was geïnteresseerd om ook zoiets te gaan doen; ik denk omdat je rol als docent zo anders is: je weet niet wat er op je af komt, je moet kunnen improviseren. Ik vind dat spannend en leuk, maar een ander misschien niet.

Hoe ging dat met het OSCE?

Eigenlijk hetzelfde. Ik heb verslag gedaan op een refereeravond, maar iedereen zag op tegen de hoeveelheid tijd die het kost. Misschien nog belangrijker is dat zo'n OSCE een grote inbreuk maakt op de organisatie van de polikliniek. Dus voor je daaraan begint, moet je wel echt willen. Ikzelf heb toen in de discussie niet erg aangedrongen, omdat ik niet op die polikliniek werk.

Wat me opvalt in je verhaal is dat je in 1984 voor het eerst kennis maakt met het OSCE in Dundee, terwijl we in het Alcoschap in Leiden vanaf 1980 elke 14 dagen een Gestructureerd Klinisch Examen (GKE) organiseerden. De vakgroep Kindergeneeskunde gebruikt ook simulatiepatiënten, die vaak meededen daaraan. Hoe komt het toch dat het vier jaar lang niet onder je aandacht is gekomen? Ja, ... ik weet het niet. Misschien had ik beter moeten opletten. Er bestaat ook een grote afstand tussen de affiliaties en het Academisch Ziekenhuis. Ik weet wel dat het voor mij echt iets totaal nieuws was, toen ik er in Dundee kennis mee maakte. Ik heb nooit de link gelegd met het ALCO. Het heette ook anders. De term GKE heb ik misschien wel eens gehoord, maar ik heb me het stationsmatige ervan nooit gerealiseerd, dat zit niet in de naam opgesloten.

Ja, maar in OSCE ook niet.

Maar dat heb ik meegemaakt, ik denk dat dat het belangrijkste is, dat je zulke dingen mee-

maakt, zodat het voor je leeft en het iets voor je gaat betekenen.

In 1990 wordt je voorzitter van de APEE. Wat wil je gaan doen?

Een paar punten lijken me van belang voor de nabije toekomst.

In de eerste plaats een inhoudelijk punt: wat is nu eigenlijk de toekomstige basisarts? Praktische vaardigheden en met name ook sociale vaardigheden zullen beter omschreven en werkelijk getraind moeten worden.

Even belangrijk als de inhoud vind ik een tweede punt: de didactiek. Er komt volgens mij alleen iets uit een opleiding als je het volgens de regels der kunst doet en daarbij hebben wij artsen hulp nodig.

Een derde belangrijk punt heeft te maken met de organisatie. Ik wil de levensvatbaarheid van de APEE op langere termijn vergroten, zodat er een uitstralend effect van kan blijven uitgaan. Ik wil kijken of er mogelijkheden zijn samen te werken met de AMEE (Association for Medical Education in Europe) of met de ESSOP (European Society of Social Pediatrics).

Je vertelde dat er in totaal drie Nederlanders lid zijn van de APEE? Zouden er meer Nederlandse kinderartsen lid moeten worden?

Ja, ik vind dat elke hoogleraar kindergeneeskunde vanwege zijn verantwoordelijkheid lid moet zijn van de APEE.

Waarom moet dat per se op Europees niveau, kan dat niet in Nederland?

Nederland is te klein, iedereen heeft zo zijn eigen standpunten en twistpunten en die blijven overeind als je met elkaar vergadert. Als je internationaal met elkaar overlegt, merk je dat die tegenstellingen irrelevant worden, je ziet dan de essenties beter. Bovendien, Europa is veel groter; op zo'n conferentie heb je gewoon meer kans op een verrassend contact waar iets nieuws voor jezelf in zit.

Leiden, 18 juli 1989