

TOETSEN GETOETST

HET BEOORDELEN VAN TOETSVRAGEN IN MAASTRICHT

P.A.W. van Hessen
Arts-epidemioloog
Coördinator Voortgangstoets
Beoordelingscommissie

G.M. Verwijnen
Huisarts

Correspondentieadres:
Project Evaluatie
Studieresultaten
Rijksuniversiteit Limburg
Postbus 616
6200 MD Maastricht
tel. 043-882330/315

Eén van de pijlers van het Maastrichtse onderwijs is het evaluatiesysteem. Het sluit aan bij de principes van probleem-georiënteerd leren, waarbij niet de afzonderlijke vakken centraal staan, maar discipline-overschrijdende onderwerpen.¹ In het evaluatiesysteem worden de diverse toetsen daarom niet samengesteld door een bepaalde vakgroep, maar door een voor elk soort toets specifieke, beoordelingscommissie.

Deze commissies hebben nadrukkelijk een centrale plaats in de organisatie van het evaluatiesysteem en zijn voorts nadrukkelijk multidisciplinair van samenstelling.

Momenteel functioneren er drie van dergelijke commissies: één voor de Voortgangstoetsen, één voor Vaardigheidstoetsen en tenslotte één voor de Blokttoetsen. Alhoewel het qua vorm en inhoud drie verschillende soorten toetsen betreft, is de werkwijze van de drie commissies onderling sterk vergelijkbaar. De beoordelingscommissie verzamelt materiaal voor de toets, en beoordeelt dit op vorm, inhoud en relevantie.

Dit alles is op het eerste gezicht een zeer Maastrichtse aangelegenheid. Het samenstellen van toetsen is als zodanig echter niet uniek voor Maastricht. De ervaringen van de toetsbeoordelingscommissies lijken van algemeen belang, ook indien een ander evaluatiesysteem gehanteerd wordt. In dit artikel wordt daarom het functioneren beschreven van één der beoordelingscommissies, de V.B.C. (Voortgangstoetsbeoordelingscommissie, de oudste van de drie commissies) en wordt verslag gedaan van de ervaringen in deze commissie met het beoordelen van vragen. Na een korte beschrijving van de toets waarvoor deze commissie verantwoordelijk is, de Maastrichtse Voortgangstoets, volgt een bespreking van de werkwijze. In een drietal paragrafen wordt vervolgens ingegaan op de aard van de problemen met vragen die de commissie vaststelt. Tenslotte wordt een aantal oorzaken voor deze problemen besproken en worden strategieën voor het verkrijgen van betere vragen geopperd.

MAASTRICHTSE VOORTGANGSTOETS

De MVT, de Maastrichtse voortgangstoets, bestaat uit ongeveer 250 vragen uit het complete medische kennisdomein op het niveau van een pas afgestudeerde basisarts. De vragen zijn van het type juist/onjuist, dat wil zeggen zijn geformuleerd als een stelling die de studenten als waar of niet waar moeten beoordelen. Er is tevens een vraagteken-optie, die de studenten kunnen gebruiken als ze het antwoord niet weten. De eindscore is het aantal goed minus het aantal fout beantwoorde vragen; een vraagteken heeft de waarde nul. Op deze manier wordt gokken ontmoedigd. De toets wordt viermaal per jaar afgenomen bij alle medische studenten, dus in jaar 1 t/m 6. De opeenvolgende jaargroepen laten hierbij steeds een groei in score zien. Een voldoende beoordeling voor de MVT is een criterium om te slagen voor propaedeutisch, doctoraal en arts-examen. Deze beoordeling wordt bepaald aan de hand van de resultaten op meerdere opeenvolgende toetsen.

Iedere MVT wordt samengesteld volgens een blauwdruk. Deze blauwdruk verdeelt de toets in vijftien categorieën volgens een vaste verdeelsleutel van aantal vragen per categorie per toets. Van deze categorieën zijn er tien een orgaansysteem, bijvoorbeeld Ademhalingsstelsel, Nieren en Urinewegen; de overige vijf betreffen psychische, sociale en methodologische aspecten van de geneeskunde. De verdeelsleutel is indertijd tot stand gekomen op grond van een enquête onder de vakgroepen, morbiditeitsgegevens en omvang van het onderwerp in algemeen medische handboeken.



WERKWIJZE VOORTGANGSTOETS- BEOORDELINGSCOMMISSIE

Alle vakgroepen maken geregeld vragen voor de MVT, en bestemmen die voor een bepaalde categorie. Deze vragen worden ingevoerd in de centrale computer, en komen pas verder in de roulatie als ze getrokken worden. Zo'n trekking gebeurt voor iedere toets, enkele maanden voor de afnamedatum. Het produktieschema, met korte samenvatting van de verschillende activiteiten en tijdsplanning, voor één voortgangstoets is weergegeven in tabel 1.

Bij de trekking wordt ruimschoots rekening gehouden met het feit dat een zeker percentage vragen afgewezen wordt of, ten tijde van de definitieve selectie voor de komende toets, nog niet gereed is voor opname. De getrokken vragen worden vervolgens voorgelegd aan de VBC.

De VBC bestaat uit zeven artsen waaronder de coördinator en een gedragswetenschapper. De commissie is min of meer representatief voor de verscheidenheid aan vakgroepen binnen de medische faculteit. De functies van de huidige leden zijn: chirurg, internist/biochemicus, arts-epidemioloog, anatoom, kinderarts, socioloog, huisarts en longarts. Ieder VBC-lid is verantwoordelijk voor één of meer categorieën.

De vragen worden eerst individueel bekeken op vorm, inhoud en relevantie door het VBC-lid dat de betreffende categorie beheert. Vervolgens worden de bevindingen besproken in een eerste ronde van vijf bijeenkomsten van ±3 uur. Aan de hand van de uitkomst van deze besprekingen vindt, waar nodig, overleg plaats met de auteur van de vraag of een collega uit dezelfde vakgroep. Met het oog op een goede documentatie van het overleg gebeurt dit meestal schriftelijk.

Bij de besluitvorming omtrent het lot van een vraag geldt formeel als uitgangspunt, dat de vakgroep de eindverantwoordelijke is en blijft voor inhoudelijke en relevantie kwesties, maar dat de VBC in principe het laatste woord heeft ten aanzien van vormtechnische kwesties. In de praktijk wordt echter zorgvuldig gepro-

beerd te voorkomen dat een competentie-kwestie ontstaat, door commentaar en kritiek op vragen steeds nauwgezet te onderbouwen en te documenteren.

In een tweede ronde van eveneens vijf VBC-bijeenkomsten wordt op grond van de resultaten van dit overleg besloten tot goedkeuring, heroverleg of eliminatie van een vraag. Bij heroverleg gaat de vraag door naar de eerste ronde bijeenkomsten voor de volgende toets. Na afloop van deze tweede ronde vindt tijdens een aparte bijeenkomst de definitieve selectie plaats voor de eerstvolgende MVT. Hierbij trachten de VBC-leden inhoudelijke overlappingsen en eenzijdigheden in hun categorie(en) te voorkomen.

Tabel 1.
Productieschema van de
voortgangstoetsen

Week nr.	Activiteit
-16	Trekking van vragen
-16 t/m -15	Individuele beoordeling door VBC-leden
-14 t/m -12	1e VBC besprekingsronde (5 bijeenkomsten)
-11 t/m - 8	Administratieve verwerking van beoordeling en schriftelijk overleg met vakgroepen.
- 7 t/m - 5	2e VBC besprekingsronde omtrent resultaat van overleg (5 bijeenkomsten) plus administratieve verwerking.
- 4	Controle en correctie van redactiewijzigingen plus definitieve selectie van vragen voor komende toets door VBC-leden; administratieve verwerking.
- 3	Laatste controle en correctie op tikfouten van definitieve toets-selectie door VBC-coördinator.
- 2 t/m - 1	Reprografie plus organisatorische voorbereiding van toetsafname.
0	Toetsafname op woensdag van 9-13 uur
0 t/m + 1	Verzamelen + uittikken van studentcommentaren.
+ 2	Nabespreking van toetsvragen door VBC (1 bijeenkomst) aan de hand van studentcommentaar en itemanalyse plus zonodig mondeling overleg met vakgroepen over probleemvragen.
+ 3	Administratieve verwerking van de nabespreking plus definitieve berekening van resultaten en rapportage aan de examencommissie.
+ 4 t/m + 5	Vorbereiding rapportage aan vakgroepen door VBC-coördinator.
+ 6	Rapportage aan vakgroepen.

Na afloop van een toets hebben studenten een week de tijd om commentaar op de vragen in te leveren. Ze worden daartoe zelfs expliciet uitgenodigd. Commentaren kunnen over vorm, inhoud en/of relevantie gaan. Betreft het inhoud, en dat is meestal het geval, dan moet de student de bezwaren kunnen staven met literatuurverwijzing en/of de mening van een inhoudsdeskundige. Gedurende deze week worden ook enkele statistische parameters van elke vraag berekend. Deze zogenaamde "item-analyse" bevat onder meer gegevens als bijvoorbeeld het percentage studenten in de diverse studiejaar, dat de vraag goed, fout of met een vraagteken beantwoordde. Ook wordt per jaargroep een tweetal item-parameters berekend waaruit blijkt in hoeverre studenten die de vraag goed beantwoord hebben, ook behoren tot de groep "goede" (= hoogst scorende helft van de populatie op de toets als geheel) studenten. Aan de hand van commentaren en parameters worden de vragen dan opnieuw door de VBC doorgenomen. In deze zogenaamde nabesprekingsbijeenkomst wordt beoordeeld of er aanwijzingen zijn dat een vraag vormtechnisch, inhoudelijk of qua relevantie toch niet voldoet. Is er een serieus vormprobleem, dan laat de VBC de vraag vervallen; lijken de inhoudelijke of relevantie bezwaren gegrond, dan wordt in overleg met de vakgroep besloten tot al dan niet laten vervallen. Een vraag vervalt dus nooit alleen op grond van de statistische parameters. Op basis van de resterende vragen worden de definitieve toetsresultaten berekend. Gemiddeld is dan zo'n 5% van de in de toets opgenomen vragen komen te vervallen. De nabesprekingsbijeenkomst is in feite de laatste vergadering van de VBC ten aanzien van de betreffende toets. Door de VBC-coördinator wordt echter nog een rapportage aan de vakgroepen verzorgd. Elke vakgroep ontvangt een overzicht van de resultaten per jaargroep van alle vakgroepen die vertegenwoordigd waren in de voortgangstoets. Van de eigen vakgroepvragen ontvangen ze bovendien de studentcommentaren en itemanalyse, voorzien van een commentaar of advies van de VBC-coördinator. Vragen die in een MVT gebruikt zijn, worden opgeslagen in een apart computerbestand. Pas 6 jaar later komen ze terug in het bestand waaruit vragen getrokken worden.

AARD VAN DE PROBLEMEN MET VRAGEN

Vormproblemen:

Zoals gezegd beoordeelt de VBC alle vragen op vorm, inhoud en relevantie. Een vormprobleem wordt bijvoorbeeld vastgesteld wanneer binnen de VBC een vraag voor meerdere interpretaties vatbaar blijkt en/of onbedoelde hints voor het correcte antwoord bevat. Dit blijkt zich zeer frequent voor te doen: ongeveer 65% van de originele vragen heeft ten minste één vormtechnisch mankement. Veel voorkomende problemen zijn:

— Het gebruik van woorden als *soms, veel, sterk, groot, snel, even, vaak, typisch, karakteristiek* etcetera. Er is weinig eenstemmigheid over hoe vaak vaak is, hoeveel veel en wat precies met karakteristiek bedoeld wordt.

— Items die het werkwoord *kunnen* bevatten. Deze hebben meestal de sleutel juist. De sleutel onjuist is namelijk slechts zelden te verdedigen, omdat nu eenmaal moeilijk hard te maken is dat iets beslist nooit kan.

— Absolute formuleringen, bijvoorbeeld vragen met *nooit* of *altijd* erin. De sleutel van dit soort vragen moet wel onjuist zijn, bijna niets is tenslotte altijd of nooit het geval.

— Meer-in-één vragen. Vooral lange vragen bevatten vaak zoveel informatie, dat niet meer duidelijk is op welk element de vraag nu eigenlijk is toegespitst.

Een goed voorbeeld van een vraag met vormtechnische mankementen is de volgende:

Het schoudergewricht en het heupgewricht kunnen worden beschouwd als vergelijkbare gewrichten in zowel anatomisch als klinisch opzicht.

Het "kunnen worden beschouwd" maakt het erg moeilijk om een eventuele sleutel onjuist van deze vraag te verdedigen; er is vast wel een visie die het zo beschouwt. Ook "vergelijkbaar" wijst sterk naar de sleutel juist; per slot van rekening is in feite alles met alles te vergelijken, wat voor verschillen er verder ook zijn. Wat "anatomisch opzicht" is, is al vrij onduidelijk, waarschijnlijk wordt het soort gewricht bijvoorbeeld kogelgewricht bedoeld, maar "klinisch opzicht" is wel zeer moeilijk te interpreteren: is de vatbaarheid voor luxatie bedoeld, of de neiging tot necrose bij fractuur, of nog iets heel anders? Tenslotte is dit een duidelijke twee-in-één vraag, die beter veranderd zou kunnen worden in twee aparte vragen over het bedoelde anatomische en klinische verschil of overeenkomst.

Dit is natuurlijk een erg duidelijk voorbeeld, waar de problemen als het ware duimdik bovenop liggen. Vaak gaat het om veel subtielere formuleringen, die bij een vluchtige beschouwing nauwelijks opvallen, maar toch de toets der (VBC)kritiek niet kunnen doorstaan.

Inhoudelijke problemen:

Bij circa 33% van de oorspronkelijk aangeleverde vragen bestaan twijfels over de inhoudelijke houdbaarheid. Deze conclusie wordt pas getrokken wanneer de inhoud van de vraag met behulp van gangbare literatuur niet ondersteund of juist ondergraven kan worden en/of wanneer een deskundige uit de VBC de juistheid betwijfelt. Het is hierbij van belang te beseffen dat iedere vraag voorzien moet zijn van een literatuuropgave uit een recente uitgave van een boek van de advies-boekenlijst of een algemeen medisch tijdschrift. Dit stelt de VBC in staat het gevraagde na te zoeken. Veel voorkomende problemen zijn:

— Vragen over dé oorzaak, dé voorkeurs-therapie etcetera. Diverse autoriteiten kunnen hierover flink van mening verschillen. Met name de oorzaak van ziekten wil nog wel eens variëren, mede afhankelijk van het gebruikte perspectief. Er is immers bijna altijd sprake van een causale keten, waaruit meerdere causale factoren te destilleren zijn. Zo kunnen zowel degeneratie van de eilandjes van Langerhans als een auto-immuun proces als insulinetekort beschouwd worden als oorzaak van Diabetes mellitus type I.

— Het gebruik van exacte getallen en percentages. Uit verschillende studies komen meestal verschillende getallen, die soms zelfs zeer ver uit elkaar liggen. In leerboeken wordt ook lang niet altijd de complete range van bevindingen weergegeven. Eén exact getal is eigenlijk altijd aanvechtbaar, en kan beschouwd worden als een makkelijk te verbeteren vormprobleem. Maar ook bij gebruik van een range, bijvoorbeeld "tussen de 20% en 40%", blijkt regelmatig dat er bronnen zijn die getallen noemen buiten die range.

— Obsoleete kennis. Naarmate het interval tussen indienen en beoordelen van de vraag groter wordt, neemt de kans toe dat het gevraagde inmiddels achterhaald is of tenminste betwijfeld wordt. De ervaring van de VBC is dat inzichten heden ten dage zeer snel kunnen veranderen. Dit gevaar dreigt met name bij gebruik van 'oude', dat wil zeggen eerder gebruikte, vragen.

Het zal duidelijk zijn dat veel inhoudelijke problemen samenhangen met de formulering van de vraag, en dan door vormtechnische aanpassingen te verbeteren zijn. Er is echter ook een behoorlijke hoeveelheid vragen die grondiger herzien moet worden, of geëlimineerd.

Relevantieproblemen

De VBC spreekt over een relevantieprobleem als de voltallige commissie vindt dat de vraag ofwel te simpel is, dus iets dat studenten al voor hun studie zullen weten, ofwel buiten het terrein van de geneeskunde ligt, ofwel te specialistisch is voor een basisarts. Dit laatste komt verreweg het meest voor. In totaal gaat het om ruim 15% van de originele vragen.

De VBC huldigt het standpunt dat het doen van uitspraken omtrent de relevantie, ook al wordt het oordeel door de voltallige commissie ondersteund, toch maar zeer betrekkelijk is. Daarom wordt de vakgroep in het overleg hieromtrent niet zonder meer geconfronteerd met het VBC oordeel, maar benaderd met het verzoek om aan te geven waarom de betreffende vraag relevant is voor een basisarts. Ook indien slechts volstaan wordt met het antwoord: "het is basale kennis", hetgeen geregeld voorkomt, blijft de VBC aandringen op nadere explicatie. De ervaring leert namelijk dat die uitleg veelal concrete aanknopingsmogelijkheden biedt tot aanpassing of vervanging van de oorspronkelijke vraag op een wijze die wel of in elk geval meer recht doet aan de relevantie voor de basisarts. Zoals eerder reeds gezegd heeft de vakgroep bij relevantiekwesties uiteindelijk het laatste woord. Als de VBC een vraag niet relevant vindt, en de bovenbeschreven strategie geen soelaas biedt, dan wordt de vraag dus opgenomen in een toets. Wordt de vraag vervolgens nauwelijks beantwoord door met name zesdejaars studenten, dus hoge percentages vraagtekens in jaar 6, dan kan dat voor de vakgroep bij het overleg achteraf een reden zijn om de vraag alsnog terug te trekken. Blijft de vraag gehandhaafd, dan wordt de vakgroep er bij de definitieve rapportage op gewezen dat er kennelijk een onderwijsprobleem bestaat. De studenten hebben niet geleerd (of kunnen leren) wat ze kennelijk hadden moeten leren.

Hoe het ook zij, het is en blijft echter een moeilijk punt wat nu wel en wat niet relevant is voor een basisarts. Er ligt immers niets vast,

en de score van de studenten levert natuurlijk ook geen definitief oordeel op, met andere woorden, als zij het antwoord op een vraag niet weten, wil dat nog niet zeggen dat die vraag irrelevant is. Bovendien is er sprake van een 'territorium-probleem'. Dat wil zeggen het doen van uitspraken over een niet-eigen vakgebied is moeilijk en ligt gevoelig. De betreffende vakgroep beschouwt twijfel aan relevantie al gauw als een aanval van een leek. Het blijft dus een kwestie van omzichtig opereren.

TOTAAL OVERZICHT

Het totale overzicht van de weg die vragen afleggen, staat afgebeeld in Figuur 1. Samenvattend geldt dus dat slechts 25% van de aangeleverde vragen direct doorgelaten kan worden voor de toets. Zeventien procent wordt in overleg met de vakgroepen geëlimineerd, en de rest, dat wil zeggen 58%, heeft in meerdere of mindere mate aanpassing. Overigens zijn dit voor een toets waaraan hoge eisen gesteld worden geen extreme cijfers. Hubbard beschreef de activiteiten van een beoordelingscommissie voor de landelijke medische examens in de VS, de zogenaamde NBME (National Board of Medi-

cal Examiners) examens. Deze commissie laat van de aangeleverde vragen ongeveer een derde direct door met geen of slechts geringe wijzigingen, een derde wordt ingrijpend gewijzigd, en een derde wordt verwijderd.²

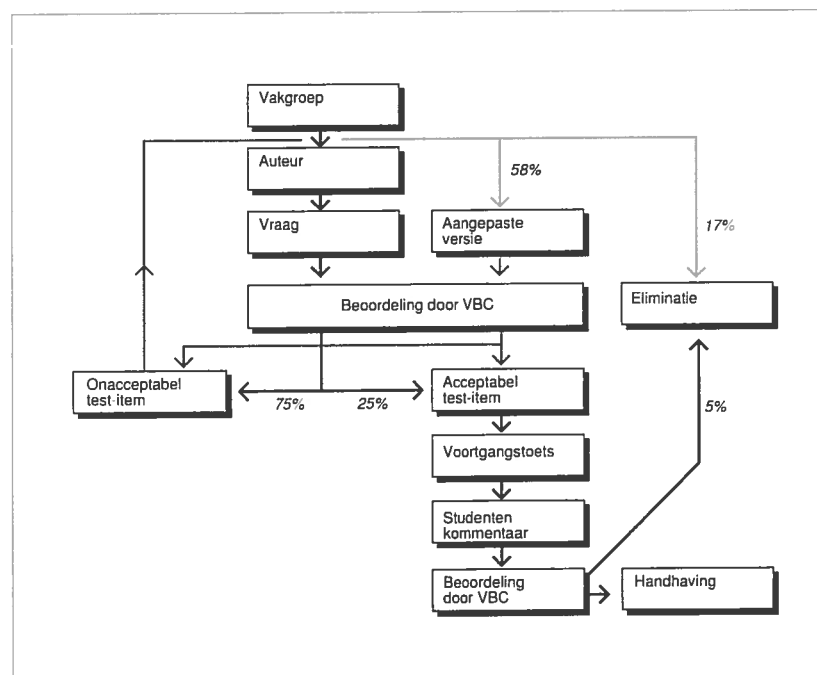
MOEILIKHEDEN BIJ AUTEURS

In het bovenstaande is ingegaan op de bezwaren qua vorm, inhoud en relevantie die aan de afzonderlijke vragen kunnen kleven. Een apart probleem is echter hoe het komt dat auteurs geen betere vragen maken. Een belangrijke oorzaak is ongetwijfeld dat men het geen leuke taak vindt. Het wordt gezien als een vervelende extra belasting, waar men zo snel mogelijk vanaf wil zijn. Zodoende worden vaak in korte tijd zoveel mogelijk vragen gemaakt. Een populaire manier is het letterlijk citeren uit boeken. Vragen die zo ontstaan, zijn echter zelden acceptabel. De formulering is onduidelijk en incompleet, omdat de context verloren is gegaan. De inhoud is als gevolg hiervan vaak dubieus, en weerspiegelt de mening van één schrijver. De relevantie wordt niet overwogen, en de vragen neigen naar gedetailleerde feitenkennis, omdat die vaak kort en bondig beschreven staat. Een andere, al eerder genoemde moeilijkheid ligt in het vereiste basisartsniveau. Nergens is te vinden wat een basisarts hoort te weten. Leden van vakgroepen zijn lang niet altijd zelf arts, en als ze dat wel zijn ligt het tijdstip dat zij zelf net afgestudeerd waren al jaren achter hen. Weinigen hebben zoveel contact met studenten dat ze kunnen inschatten wat een reëel niveau is. Als gevolg hiervan hebben ze de neiging hun eigen specialisme als basis te nemen, en daardoor te specialistische vragen te stellen. Tenslotte is het simpelweg een moeilijke klus om een goede vraag te maken. Men ziet gemakkelijk allerlei impliciete aannames over het hoofd; kinderartsen hebben het bijvoorbeeld in hun vragen over patiënten, terwijl ze alleen kinderen bedoelen en niet ook volwassen patiënten. Het is altijd moeilijk om in een door jezelf geformuleerde stelling een andere dan de bedoelde uitleg te vinden.

STRATEGIEËN VOOR BETERE VRAGEN

Voortdurend wordt eraan gewerkt om te proberen auteurs betere vragen te laten maken.

Figuur 1.
Schematische voorstelling
van de weg die vragen
afleggen bij opname in
een Maastrichtse
voortgangstoets.



In mondelinge contacten met individuele auteurs over hun vragen en tijdens praatjes voor vakgroepen stimuleren de VBC-leden het gebruik van ervaringen uit de praktijk van alledag als onderwerpen voor vragen. Dat levert vaak leuke en relevante vragen op. Ook wordt de auteurs duidelijk gemaakt dat de beste manier om eventuele problemen in een vraag te ontdekken de second opinion van een collega is.

Een grote stimulans voor inhoudelijk correcte en relevante vragen gaat uit van de verplichte literatuuropgave. Elke vraag wordt door de VBC-leden in de gangbare literatuur gecheckt. Zo nodig wordt de auteur alsnog verzocht aan te geven waar het gevraagde terug te vinden is in de advies-boekenlijst. Als ook de auteur daar niet uit komt, wordt de vraag verwijderd. Op deze manier wordt het testen van persoonlijke visies of kennis uit exotische tijdschriften voorkomen.

Tenslotte wordt tijdens bovengenoemde praatjes voor vakgroepen en in een aan alle auteurs toegestuurd boekje/handleiding uitgelegd hoe vragen gemaakt moeten worden.³ Met name wordt ingegaan op de meer technische aspecten ten aanzien van formuleringen.

De indruk is dat al deze inspanningen inmiddels enige vruchten hebben afgeworpen. De kwaliteit van de vragen is sinds de eerste MVT in 1977 behoorlijk toegenomen, hetgeen overigens niet alleen veroorzaakt wordt door betere oorspronkelijke vragen, maar ook door de ervaring die de VBC in die jaren heeft opgebouwd.

BESCHOUWING

Het beoordelen van toetsvragen, zoals dat in Maastricht onder andere voor de voortgangstoets gebeurt, is een intensieve bezigheid. De meeste vragen voldoen in eerste instantie niet aan de strikte eisen ten aanzien van vorm, inhoud en relevantie. Er zijn 'blinde vlekken' bij auteurs voor deze bezwaren. Er wordt wel geprobeerd hen te scholen, hetgeen niet zonder succes is, maar de visie van een onafhankelijke commissie blijft toch nodig. Dat is ook wel begrijpelijk. De meeste auteurs maken immers maar zo af en toe vragen, en het duurt meestal lang voordat ze daar commentaar op krijgen. Op die manier is het moeilijk een ervaren vraagontwerper te worden. Bovendien is er

verloop onder de vakgroepsleden, en wordt mogelijke ervaring op dit gebied zelden doorgegeven. Daarnaast kost het maken van een goede vraag veel tijd, meer dan de meesten ervoor over hebben.

Dat het moeilijk is blinde vlekken te voorkomen bewijzen ook de $\pm 5\%$ na toetsafname vervallen vragen. Studentencommentaar confronteert de VBC steeds weer met door haarzelf gemiste problemen. Deze expliciet geboden mogelijkheid voor studenten om te eisen dat vragen waterdicht zijn, is een belangrijke stimulans voor de VBC om de aandacht niet te verslapen. Het komt ook tegemoet aan het rechtvaardigheidsgevoel bij studenten dat zij op een open en duidelijke wijze getoetst worden, en dat hun bezwaren serieus genomen worden.

Een onafhankelijke commissie voor de beoordeling van toetsen is in Maastricht dus een zeer nuttige instelling gebleken. Hoewel er af en toe nog wel wat gemopperd wordt door vakgroepen over deze bemoeials, is langzamerhand toch het algemene idee dat zo'n commissie noodzakelijk is voor een kwalitatief goede (voortgangs)toets. En van het belang daarvan is iedereen wel overtuigd. Het werk van de VBC wordt door de faculteit dan ook gehonoreerd met een flink aantal onderwijsuren per VBC-lid. In totaal is voor deze activiteit ongeveer 1,5 FTE (Full Time Equivalent) op de onderwijsbegroting gereserveerd.

Hoewel een centrale voortgangstoets alleen in Maastricht gebruikelijk is, gaan veel van de bovengenoemde punten ten aanzien van kwaliteitsbevordering van vragen ongetwijfeld ook op in andere curricula. Het zou interessant zijn om ook die ervaringen te vernemen.

LITERATUUR:

1. Van der Vleuten CPM. Naar een rationeel systeem voor toetsing van studieprestaties in probleemgestuurd medisch onderwijs. Amsterdam: Thesis publ., 1989, 150 blz, Proefschrift.
2. Hubbard JP. Measuring medical education. Philadelphia: Lea & Febiger, 1978.
3. Van Hessen PAW, Verwijnen GM. De konstruktie van juist/onjuist vragen. Maastricht: Projekt Evaluatie Studieresultaten, Medische Faculteit, 1988.