

H&W

Huisarts en Wetenschap

7

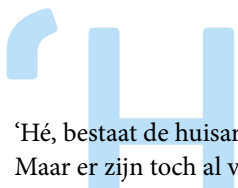
juli 2021
jaargang 64

50 jaar
Huisartsopleiding
in Nederland

Maandblad van het Nederlands Huisartsen Genootschap



Abraham



‘Hé, bestaat de huisartsopleiding pas 50 jaar? Maar er zijn toch al veel langer huisartsen?’ Verbazing als we vertellen dat we werken aan een themanummer over 50 jaar Huisartsopleiding in Nederland. Ja, pas 50 jaar oud! Ondanks dat het beroep huisarts al veel langer bestaat. Een goed moment om bij dit jubileum stil te staan met als thema ‘Opleiden en leren in 50 jaar huisartsopleiding in Nederland: een reflectie op wat we hebben en een blik naar de toekomst’.

We nemen in dit nummer de huisartsopleiding vanuit verschillende perspectieven onder de loop: onderwijskundig, filosofisch, organisatorisch, wetenschappelijk, praktisch, interprofessioneel, internationaal en uiteraard historisch. Wat is zo kenmerkend aan de huisartsopleiding en wat maakt het leren in de huisartsopleiding zo waardevol? Wat werkt goed in de huisartsopleiding en moeten we vasthouden? Maar ook: schieten we ergens tekort? Praktijkmanagement? Interprofessioneel leren? En kan de samenwerking met onze beroepsgroep (LHV, NHG, InEen) beter?

Als 50-jarige blikken we niet alleen terug, maar kijken we vooral ook graag naar de toekomst: wat en waar moeten we vernieuwen, waar ontstaan kansrijke initiatieven, welke vernieuwingen zien we op ons afkomen waar we als opleiding een antwoord op willen en moeten geven? En wat kunnen de verworvenheden uit de opleiding betekenen voor de *éducation permanente* van de huisarts? Tja, en dat vijftigste levensjaar zelf, dat is me het jaartje wel! Is er nu sprake van ontworpen in deze turbulente en soms verwarrende COVID-19-pandemie? Er zijn immers geen live terugkomdagen en we staan niet meer samen met de groep bij het koffieapparaat. Of ontstaan er juist kansen voor vernieuwing? Het digitale onderwijs is ineens jaren vooruitgeschoten. Veel aiossen



en medewerkers van de opleidingen laten hier hun gedachten over gaan, wat te lezen is in 6 geselecteerde columns.

Vijftig jaar, de tijd vliegt. Een tijd die we met de tijdlijn van de geschiedenis van de huisartsopleiding als posterbijlage voor u hebben vastgelegd. Maar ook een tijdlijn die doorloopt. We nodigen u graag uit om met de inspiratie die u hopelijk opdoet met dit nummer, de tijdlijn verder te vullen. Samen met open vizier en vol enthousiasme werken aan de huisarts van de toekomst!

De gastredactie: Gijs Baaten (linksachter), Susanne Claessen (linksmidden), Roger Damoiseaux (rechtsmidden), Geurt Essers (midden), Greetje Sagasser (rechtsvoor), Elbrig Pasma (rechtsachter) en Rick van Uum (linksvoor)



Leren



- 6 De huisartsopleiding in Nederland is al 50 jaar een succesformule
- 9 EBM-onderwijs en leren van elkaar in de huisartsenpraktijk
- 14 E-portfolio toont weinig zelfregulerend leren 
- 14 Leren in de huisartsenpraktijk op verschillende niveaus 
- 15 Wat leren aiossen van de landelijke kennistoets?
- 19 E-healthonderwijs is een nieuwe uitdaging voor de huisartsopleiding
- 25 Tips voor aiossen en opleiders over Leren van Samen Beslissen

Bij dit themanummer zit een posterbijlage met de tijdlijn van 50 jaar huisartsopleiding in Nederland.



Opleiding in perspectief



- 29 Onderzoek van medisch onderwijs onmisbaar voor goede opleiding
- 32 Wat kunnen de medische vervolgoopleidingen van elkaar leren?
- 35 Innovatie van de huisartsopleiding bij het LUMC
- 35 Column 'Geen verloren jaar'
- 36 De opleidingsdriehoek in beeld
Interview met vertegenwoordigers van bij de huisartsopleiding betrokken partijen: de aios, de opleider en de docent.
- 39 De huisartsopleiding in een Europees perspectief
- 42 De SBOH is meer dan alleen de werkgever van de aios
Interview met Kees Esser en Hans Schmidt, beiden werkzaam bij de SBOH.
- 44 Een academische houding moet je leren
- 51 LHV, InEen en NHG willen meedenken over verbeteren curriculum huisartsopleiding
Interview met bestuurders Wendy Borneman (NHG), Ella Kalsbeek (LHV) en Raymond Wetzels (InEen).
- 54 Naar een inclusieve huisartsopleiding



Persoonlijke ontwikkeling



- 55 'Wie is daar?' Over professionele identiteitsvorming van de aios 
- 58 Medisch leiderschap als fundament van de opleiding 
- 61 Empathie van de huisarts in wording
- 61 Boek 'Professionaliteit in de zorg'
- 62 Column 'De coronagroep'
- 62 Column 'Gewoon weer eens samen'

NHG

- 91 Gastcolumn '6-10 juli WONCA Europe Week'
- 91 Verbeterde NHG-richtlijnenwebsite
- 92 50 jaar huisartsopleiding
Interview met 3 huisartsen die de afgelopen 50 jaar op verschillende momenten de huisartsopleiding deden.



huisartspodcast.nl/henw

- Via huisartspodcast.nl/henw of een podcastapp zijn verschillende interviews uit dit themanummer te beluisteren.

Opleiden



- 63 Observatie in de opleidingspraktijk 
- 67 Handig worden, vaardig blijven!
- 70 Een-op-een opleiden is een kwestie van vertrouwen
- 75 Intraprofessioneel opleiden in de zorg voor het acuut zieke kind noodzakelijk
- 78 Fotoreportage '50 jaar huisartsopleiding in Nederland in beeld'
- 82 Waartoe leiden wij op?
- 87 Column 'Digitaal onderwijs' 
- 87 Column 'Pipi Langkous houd ik in gedachten'
- 88 Opleiden in samenwerking bij chronische zorg kan beter 
- 88 Ontwikkelen van competenties met zinvolle beoordelingen
- 89 Goede relatie, betere opleiding 
- 90 Column 'Subluxatie' 



henw.org/huisartopleiding.nl

- www.huisartsopleiding.nl/50-jaar-huisartsopleiding-in-nederland



De huisartsopleiding in Nederland is al 50 jaar een succesformule

Geurt Essers

Al sinds het begin vormen de terugkomdag en de samenstelling van de leergroepen de meest opvallende kenmerken van de huisartsopleiding. Waarom is indertijd voor deze opzet gekozen? Informatie uit archieven en interviews met personen die destijds direct betrokken waren bij de opzet van de opleiding geeft daar inzicht in. De achterliggende pedagogisch-didactische visie bleek vooral gestoeld op ervaringsleren, groepsonderwijs en zelfsturing, en paste bij de tijdgeest van de jaren 60 van de vorige eeuw. Balintgroepen waren de belangrijkste inspiratiebron voor de concrete vormgeving.

Veel huisartsen en aios beschouwen de relatie met de huisartsopleider en de ervaringsronde tijdens de terugkomdag als de meest waardevolle onderdelen van de huisartsopleiding.^{1,2} Ook de verplichte terugkomdagen voor opleiders spelen een belangrijke rol. Deze opzet strookt volledig met actuele gedragswetenschappelijke kennis over leren van volwassenen. Bij mij rees de vraag of de oprichters dezelfde uitgangspunten hanteerden bij het ontwerpen van de opleiding. Het 50-jarig bestaan van de huisartsopleiding vormde een welkome aanleiding om dit te onderzoeken. Welke gedachten, ideeën of overtuigingen over leren en opleiden lagen aan de opzet ten grondslag? Wat waren de gedachten achter de invulling van de terugkomdag?

In de archieven van *Huisarts en Wetenschap* en de Huisartsop-

leiding Nederland zocht ik naar publicaties over de opzet van de huisartsopleiding. Ook ging ik op zoek naar personen die destijds bij de oprichting van de huisartsopleiding betrokken zijn geweest om hun mijn vragen voor te leggen [kader].

ONGEBRUIKELIJKE UITGANGSPUNTEN

Reeds vóór de start van de opleiding tot huisarts verschenen er publicaties over wat zo'n opleiding moest inhouden.^{5,6} Jan van Es maakte in 1966 het eerste, concrete ontwerp.⁷ In 1974 verscheen het rapport Specifieke Opleiding Huisartsen (SOH), een gedetailleerde beschrijving van wat er tijdens de huisartsopleiding aan de orde moest komen en de manier waarop dat moest worden vormgegeven.⁴

Met het oog op politieke haalbaarheid koos Van Es voor een experimentele eenjarige opleiding. Het opleiden moest hoofdzakelijk in huisartsenpraktijken plaatsvinden en er moest onder andere aandacht zijn voor de sociale en psychische factoren van ziekzijn. Belangrijk was ook dat niet de hele last en verantwoordelijkheid van de opleiding bij de opleiden-de huisarts kwamen te liggen. Eén dag per week zouden de aanstaande huisartsen op het instituut bij elkaar komen om de huisartsopleiders werk uit handen te nemen. Voorafgaand aan het werken in de praktijk zouden de aanstaande huisartsen gedurende enkele weken in cursorisch onderwijs voorbereid worden om de inwerkperiode in de praktijk te bekorten.

Interviews

De interviews zijn gehouden met Marieke van Es en Henk Thiadens, Bob de Groot, prof. dr. Heert Dokter en Koen Kunst.

Bij dit artikel op www.henw.org en <https://huisartsopleiding.nl/50jaar> zijn compilaties van deze interviews te zien en te beluisteren. In het online artikel staat ook meer informatie over de geïnterviewden.



Marieke van Es



Bob de Groot



Heert Dokter



Koen Kunst

Tijdens de opleiding moesten 4 onderwerpen aan bod komen: praktijkvoering, praktijkuitoefening, communicatie en coöperatie.⁷ ‘Praktijkuitoefening’ omvat een combinatie van wat nu in het CanMeds-model ‘medisch-inhoudelijk handelen’, ‘kennis en wetenschap’ en ‘professioneel handelen’ genoemd wordt.⁸ Kenmerkend voor de opzet was de achterliggende visie op de rol van de persoon van de huisarts en zijn of haar (vertrouwens)relatie met patiënten. Een eerste verwijzing naar de gedachten achter de persoonsvormingsdoelstelling van de opleiding vinden we bij Huygen, wanneer hij schrijft: ‘Het blijkt alleen mogelijk iemand te leren een betrekking tot de ander aan te gaan door hem hierin zelf – dat wil zeggen met zijn eigen persoon – te betrekken. Dit leren nu is vormen, geen onderwijzen.’⁵ Een dergelijk uitgangspunt was in de medische opleidingen in Nederland niet gebruikelijk, maar moest volgens Huygen onmiddellijk opgepakt worden, omdat ‘de dokter-patiëntrelatie het fundament van alle geneeskundig handelen is.’⁵ Onder de noemer ‘communicatie’ was bijvoorbeeld een belangrijke plaats ingeruimd voor de omgang met patiënten met lichamelijk onverklaarde klachten. Bij ‘coöperatie’ ging het vooral om de samenwerking binnen de eerste lijn en die met de verschillende specialisten in de intramurale zorg. Het SOH-rapport beschrijft 12 onderwijsdoelstellingen voor de huisartsopleiding. Negen daarvan zijn geformuleerd op basis van de taakomschrijving van de huisarts, waaronder onder andere consultatie, verwijzing, praktijkvoering en preventie vallen. De tiende doelstelling gaat over het voortdurend verwerven van nieuwe kennis en het toepassen daarvan in de praktijk. Doelstelling 11 betreft het bekwaam functioneren als hulpverlener in het hulpverleningsproces, waarbij zelfkennis een belangrijke rol speelt. Op basis daarvan wordt een subdoelstelling geformuleerd over het eigen functioneren als hulpverlener en de juiste attitude daarvoor. De twaalfde doelstelling is ontleend aan de behoefte van huisartsen om wetenschappelijk werk te verrichten.⁴

Tijdens de instituutsdagen zouden de aankomende huisartsen hun praktijkervaringen uitwisselen en onderwijs krijgen over de arts-patiëntrelatie, gespreksvoering en medisch-inhoudelijke onderwerpen op geleide van hun behoeften. Henk Thiadens vertelt in zijn interview dat aios en docenten in de begintijd wel worstelden met de verhouding tussen de hoeveelheid onderwijs over het psychische, het psychosomatische en het somatische. Die discussie wordt ook nu nog wel gevoerd. Esther van Osselen beschreef in de serie Geschiedenis van de huisartsgeneeskunde uit 2016 de opkomst van de huisartsopleiding (zie ook de [poster] bij deze uitgave).⁹

PEDAGOGISCH-DIDACTISCHE VISIE

Van meet af aan werd de pedagogisch-didactische visie vooral gedragen door de principes van ervaringsleren, zelfsturing en groepsonderwijs. Van Es schrijft hierover: ‘De deelnemers (zouden) de mogelijkheid (krijgen) om [tijdens het uitwisselen van ervaringen, GE] tekorten in hun kennis te herkennen om deze vervolgens door gezamenlijke studie, door de bestudering van een onderwerp door enkele groepsleden die

als docent optraden of door het uitnodigen van deskundigen als docent, aan te vullen.’⁷

Het eerste ontwerp van de huisartsopleiding uit 1966 diende een kader te bieden waarbinnen ‘meer dan voldoende ruimte zou bestaan om te voldoen aan bestaande behoeften bij de haio’s, en niet alleen maar iets te bieden waarvan de organisatoren dachten dat het zou moeten.’ Hiermee zette Van Es de toon voor een opleiding ‘die niet eerder bestaan had’. Waar kwamen deze gedachten vandaan?

Marieke van Es vertelt dat haar vader destijds nogal beïnvloed werd door de emancipatorische tijdgeest van de jaren 50 en 60. Zijn ideeën kregen vorm op het moment dat de universitaire onderwijswereld op zijn kop stond: studentenrellen, een roep om meer zeggenschap voor studenten, alternatieve onderwijsvormen en protest tegen de sterk hiërarchische cultuur en ziekenhuiswetenschap in de geneeskundeopleiding. Hij voelde zich als huisarts ‘dokter van het volk’, die er niet alleen was voor de lichamelijke gezondheid, maar ook voor het sociaal en psychisch welzijn van de gezinnen in zijn praktijk. De gevestigde orde in de medische faculteit kon niet altijd waardering opbrengen voor zijn vooruitstrevende ideeën.

Ook een rapport van de KNMG over de artsenopleiding uit het begin van de jaren 60 zal van invloed zijn geweest. Daarin werd al gepleit voor meer groepsonderwijs, dat de uitwisseling van ervaringen mogelijk moest maken. Henk Thiadens en Marieke van Es zeggen hierover: ‘Hij had contact met de politiek-bewuste Werkgroep Gamma van studenten van de Utrechtse geneeskundefaculteit. Die had veel ideeën over onderwijsvernieuwing en organiseerde een eigen lezingencyclus om over maatschappelijke kwesties met elkaar te discussiëren. Van Es haalde daar veel inspiratie uit.’

In zijn terugblik op de ontwikkeling van de huisartsopleiding schrijft Jan van Es dat er: ‘[...] zo weinig mogelijk ex cathedra moest worden gedoceerd en veel nadruk moest komen te liggen op groepsbesprekingen, forumdiscussies, vraagbaakmethoden, demonstraties en excursies, terwijl de zelfwerkzaamheid van de deelnemers moest worden gestimuleerd.’ Ook schrijft hij: ‘Essentieel was dat gedurende de hele periode de huisartsen in opleiding een wekelijks te houden “terugkomdag” zouden bijwonen.’ De groepen zouden onder leiding van een huisarts en een gedragswetenschappelijk docent hun ervaringen kunnen uitwisselen en hun vragen kunnen bespreken.⁷ Het groepsonderwijs zou de ‘eenzaamheid’ van de arts-assistenten doorbreken.

Een glimp van de pedagogisch-didactische visie zien we in het SOH-rapport, dat stelt dat de terugkomdag de aios ‘in de gelegenheid stelt om individuele ervaringen te kunnen systematiseren, teneinde deze in nieuwe situaties te kunnen toepassen’ en ook om ‘deze ervaringen aan die van anderen in de groep



Foto: Shutterstock

te toetsen.⁴ Bovendien was het groepsonderwijs ‘van belang om te leren samenwerken met andere werkers in de gezondheidszorg, doordat hij in de groep [...] vertrouwd raakt met de samenwerkingssituatie en ervaring opdoet met de voordelen en problemen bij samenwerking in groepsverband.’ Ook wordt de aios zich ‘in de groep beter bewust van eigen denken en handelen en kunnen andere leden van de groep de hiaten in kennis aanvullen.’ Henk Thiadens vertelt dat ‘de veiligheid bij het delen van ervaringen in de groep moest zorgen voor meer zelfvertrouwen bij de aios’.

Het werken in groepsverband zou ook een kritische houding bevorderen en uitstekend geschikt zijn voor het aanleren van sociale vaardigheden.⁴ Voor sommige huisartsopleidingen was dit aanleiding om een zogenaamde persoonlijkheidstraining in de opleiding op te nemen.⁴

De grootte van de leergroepen werd bepaald op basis van de gedachte dat het bij leren gaat om gedragsbeïnvloeding en een kleine groep (8 tot 12 personen) daarvoor optimaal is.⁴ De begeleiding van het groepsproces werd toebedeeld aan gedragswetenschappers. Deze zouden de productiviteit van de groep kunnen bevorderen, het interactieproces bewust kunnen maken en bespreken, en dit zo relevant maken voor de arts-patiëntrelatie. Daarnaast konden ze trainingen geven in gespreksvoering. Bij de zogenaamde interactietrainingen konden verschillende onderwijsmethoden benut worden (rolenspellen, en audio- of video-opnamen).

De huisartsbegeleiders hadden vaak geen ervaring in het geven van onderwijs en begeleiden van groepen. Ze werden geacht zich goed voor te bereiden op hun nieuwe rol.⁴ Koen Kunst zegt daarover: ‘Ik heb me destijds helemaal verdiept in een dik boek over groepsdynamica.’ Daarnaast werden voor die tijd unieke trainingen gegeven die gericht waren op het begeleiden van leergroepen. Zowel de aios als de groepsbegeleiders dienden ‘voortdurend bereid te zijn de groep als leermiddel te beschouwen.’⁴

De samenstelling van de leergroepen (12 aios en 2 begeleiders: 1 huisarts en 1 gedragswetenschapper) is ontleend aan de balintgroepen, zoals ook prof. dr. Heert Dokter, Koen Kunst en Bob de Groot bevestigen (zie ook Van Eijck¹⁰). Sinds het eind van de jaren 50 wordt er in Nederland met balintgroepen gewerkt. In zo’n groep kunnen (huis)artsen op systematische wijze nadenken over (reflecteren op) hun persoonlijke praktijkervaringen met de patiënt.¹¹ De deelnemende artsen zouden inzicht krijgen in wat zich in psychologisch opzicht voordoet in het hulpverleningscontact tussen huisarts en patiënt.¹² De inbreng van een psycholoog was voor de balintgroepen van essentieel belang en paste naadloos in de visie op de plaats en taak van de huisarts.

TOEN EN NU

De combinatie leren-werken en groepsonderwijs, waarbij het leren van ervaringen en het wekelijks bespreken van en reflecteren op werkervaringen centraal staan, vormt nog steeds de praktijk van nu en sluit naadloos aan op inzichten over hoe volwassenen leren van feedback en reflectie op het eigen

handelen, en het leren in *communities of practice*.^{13,14} Aan de leergesprekken met de opleider en de opleiding van opleiders en docenten ligt feitelijk dezelfde visie ten grondslag, al hebben de oprichters van de opleiding het nooit precies op deze manier verwoord, noch zo onderbouwd.¹⁵

De inhoudelijke thema’s van de beginperiode (medisch handelen, communicatie, praktijkvoering, samenwerking in de eerste lijn en persoonsontwikkeling van de huisarts) hebben evenmin aan actualiteit ingeboet. Uit een vergelijking van de oude doelstellingen met het huidige competentieprofiel van de huisarts blijkt dat ze inhoudelijk sterk overlappen, al zijn de termen veranderd. In de beginjaren lijkt er wel minder aandacht te zijn voor de competentiegebieden organisatie en maatschappelijk handelen.

De zelfsturing heeft in de loop der jaren geleden onder de groei van de beschikbare kennis voor de huisarts, waardoor de curricula steeds meer gevuld raakten. Maar de roep is gebleven (‘Aios in the lead!’). Deze ontwikkeling weerspiegelt tegelijkertijd het pedagogisch-didactische dilemma tussen doceren wat een ander heeft geleerd en zelf (laten) ontdekken en ervaren wat belangrijk is. Daarbij moet gezegd worden dat juist een zelfsturende huisarts permanent zichzelf blijft nascholen, zodat het niet nodig is alle kennis in de huisartsopleiding te proppen.

NOG STEEDS EEN STERKE FORMULE

Het opleiden van huisartsen vraagt om voortdurende actualisering en een continue discussie over hoeveel aandacht bepaalde onderwerpen moeten krijgen, wat belangrijk is bij het opleiden van huisartsen en hoe ze dit het beste kunnen leren. De opzet van de huisartsopleiding draagt nog steeds de inzichten in zich van de oprichters, die gevoed door de tijdgeest een duidelijke visie hadden op het opleiden van huisartsen. Ook na 50 jaar vormt de combinatie van ervaringsleren, zelfsturing en groepsonderwijs een sterke formule. Het pedagogisch-didactische fundament van de opleiding past goed bij het opleiden van volwassenen en staat als een huis. ■

LITERATUUR

1. Vis EB, Batenburg R, Van der Velden L. De kwaliteit van de opleiding tot huisarts anno 2018: een onderzoek onder huisartsen in opleiding. Utrecht: NIVEL, 2018.
2. Vis EB, Bosmans M, Batenburg R. Hoe kan de opleiding huisartsgeneeskunde volgens alumni worden verbeterd? Een focusgroep- en survey-onderzoek onder huisartsen die tot 5 jaar geleden zijn afgestudeerd aan alle opleidingslocaties in Nederland. Utrecht: NIVEL, 2019.
3. Kramer AWM, Jansen K. Waardering van Onderwijs. Ruim 25 jaar werken aan de kwaliteit van de huisartsopleiding. Utrecht: Stichting Verenigde Universitaire Huisartsopleidingen, 2000.

De volledige literatuurlijst staat bij dit artikel op www.henw.org.

Essers GTJM. De huisartsopleiding in Nederland is al 50 jaar een succesformule. Huisarts Wet 2021;64(7):6-9. DOI:10.1007/s12445-021-1171-6.
Huisartsopleiding Nederland, Utrecht: dr. G.T.J.M. Essers, programmaleider Toetsing en Beoordeling, geurt.essers@gmail.com.
Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.



EBM-onderwijs en leren van elkaar in de huisartsenpraktijk

Marie-Louise Bartelink, Lisanne Welink, Niels Beurskens, Petra van Peet, Roger Damoiseaux

Evidence-based medicine (EBM) werd geïntroduceerd als hulp bij een leven lang leren. Huisartsen hebben tegenwoordig allemaal een computer op zak en kunnen altijd en overal bij evidence. Toch blijkt integratie van deze evidence, de eigen klinische expertise en de patiëntvoorkeuren bij besluitvorming in de praktijk lastig te zijn. De huisartsopleiding kan meer aandacht besteden aan de manier waarop de 3 onderdelen van EBM expliciet aan de orde komen in de (opleidings)praktijk. En aan de wijze waarop aios en opleider van elkaar kunnen leren.

Evidence-based medicine (EBM) leer je op de werkplek. Een van de grondleggers van EBM, David Sackett, ging eind vorige eeuw als pionier achter een karretje met zijn zeer forse computer de zaal op om naast de patiënt de evidence op te zoeken en deze meteen toe te passen. Terwijl alle artsen vandaag de dag eenvoudig toegang tot een handzame computer hebben, is EBM nog steeds niet vanzelfsprekend. Onderwijs in EBM wordt vaak beperkt tot sessies met vragen, opzoeken en beoordelen van het bewijs. Dit zijn weliswaar essentiële stappen, maar ze zorgen er niet voor dat we EBM daadwerkelijk in de praktijk toepassen. Bij EBM gaat het om meer dan alleen de evidence. Dat laten we zien door naar de historie van EBM te kijken en u mee te nemen naar de praktijk van de huisartsopleiding en het werkplekleren.



Evidence-based medicine leer je in de praktijk.

Foto: ANP

HISTORIE

EBM werd in de jaren 90 van de vorige eeuw geïntroduceerd als een methode om dokters te leren beschikbare evidence in de dagelijkse praktijk te gebruiken.¹ Het ging er daarbij uitdrukkelijk om die evidence te integreren met de klinische expertise en de voorkeuren van de patiënt. Het leerproces bestaat uit 5 stappen: 1) *ask*: het formuleren van een klinische vraag, 2) *acquire*: het zoeken naar een antwoord, 3) *appraise*: het beoordelen van de gevonden evidence, 4) *apply*: het toepassen in de eigen praktijk en 5) *assess*: het evalueren van dit leerproces. De oorspronkelijke insteek was de noodzaak dat artsen een leven lang leren en vaardigheden moeten verwerven om nieuwe ontwikkelingen te kunnen bijbenen. Dat gebeurde in een tijd waarin steeds meer onderzoek werd gepubliceerd en de beschikbare informatie exponentieel toenam.

In diezelfde periode werd ook de Cochrane Collaboration opgericht. Die stelde zich tot taak de steeds ruimer beschikbare evidence over relevante klinische problemen samen te vatten in meta-analyses en zo dokters in de praktijk te ondersteunen bij het gebruik ervan. Ook werden in die tijd de eerste NHG-Standaarden ontwikkeld. Die zijn inmiddels uitgegroeid tot een mooi voorbeeld van de wisselwerking tussen vragen uit de praktijk en relevant klinisch huisartsgeneeskundig onderzoek.^{2,3}

In 2005 legden EBM-docenten in het Sicily Statement vast wat nodig was om de implementatie van EBM in het onderwijs te verbeteren. Het draaide om 3 punten: blijven verduidelijken dat het om evidence, ervaring én de patiënt gaat, het aanleren van de vaardigheden die daarvoor nodig zijn en het inrichten van het EBM-onderwijs.⁴ De aios moet leren het geleerde te blijven toepassen in de eigen praktijkvoering. EBM-vaardigheden zijn namelijk niet alleen relevant voor onderwijs en opleiding, maar vooral ook voor de dagelijkse praktijk.^{5,6}

RUIM 25 JAAR VERDER

Het aanleren van EBM-kennis en -vaardigheden is inmiddels een vast onderdeel van het basiscurriculum en de opleidingen tot huisarts en specialist. De gewenste academisering en professionalisering van de huisartsgeneeskunde hebben hun beslag gekregen. Er zijn succesvolle onderzoeksafdelingen opgezet die de onderbouwing aandragen voor de aanbevelin-

DE KERN

- Bij het toepassen van EBM gaat het om het integreren van de bestaande evidence, de eigen klinische expertise, en de wensen en voorkeuren van de patiënt in diens context.
- In het onderwijs ligt de nadruk op de eerste 3 stappen van 5 EBM-vaardigheden: vragen stellen, informatie zoeken en kritisch lezen. Docenten leggen te weinig nadruk op de laatste 2 stappen: toepassen en evalueren in de klinische praktijk.
- Aiossen, opleiders, docenten en huisartsen moeten veel explicieter discussie voeren over de rol van de evidence, de eigen expertise en de wens van de patiënt bij het nemen van beslissingen in de praktijk.

gen in de praktijkgerichte NHG-Standaarden. Ook worden steeds meer aioto's opgeleid die onderzoek en huisartsopleiding combineren in een 6-jarig traject. Hiermee kunnen ze, ook in de toekomst, een brugfunctie vervullen tussen wetenschap en huisartsenpraktijk.⁷

Wel zijn er nog steeds barrières die de praktische toepassing van EBM in de weg staan. Gedurende een werkdag komen er weliswaar vragen op, maar daar wordt niet altijd een antwoord op gezocht. Een deel van de huisartsen is hierin nooit opgeleid en beschikt niet over de benodigde kennis en vaardigheden (of denkt deze niet te hebben), of is digitaal minder vaardig. Soms is ook de benodigde evidence (nog) niet aanwezig. Verder spelen tijdgebrek en attitude jegens EBM een rol. Dat geldt ook voor opleidingspraktijken.⁸

Er is onderzocht welke competenties artsen zouden moeten verwerven om EBM toe te kunnen passen.^{9,10} Een *mixed methods*-onderzoek (een literatuuronderzoek en een Delphi-procedure) vond EBM-competenties die bruikbaar zijn voor de (opleidings)praktijk. Bij huisartsen gaat het ten eerste om mindfulness, een open houding ten opzichte van EBM (een besef van de vele factoren die het cognitieve proces bij EBM beïnvloeden) en de invloed daarvan op het nemen van beslissingen. Ten tweede gaat het om pragmatisme bij het zoeken van evidence en het evalueren daarvan. Ten derde is kennis van de patiënt van belang voor effectieve communicatie over die evidence. Die competenties moeten aiossen en opleiders van elkaar leren in de huisartsopleiding en opleidingspraktijk.

In medische curricula ligt de focus bij het onderwijs in EBM vaak op het vinden en beoordelen van de evidence.^{5,6} Dan gaat het vooral om wat er in onderzoeken niet klopt en niet op wat je uit de evidence zou kunnen meenemen naar de praktijk en waarom. De enige toets voor het beoordelen van EBM-kennis en -vaardigheden is het maken van een CAT, een *critical appraised topic*. Daarbij wordt een vraag uit de praktijk uitgebreid beantwoord. In de praktijk gaat het anders: er duiken elke dag weer nieuwe relevante vragen op, waarop

je het liefst snel een bruikbaar antwoord wilt vinden. Dat antwoord blijken aiossen vooral te zoeken bij collega's (huisartsen en specialisten) en richtlijnen.¹¹ Tijdens de opleiding is er te weinig aandacht voor discussie over de vraag op welke manier evidence moet worden geïntegreerd in de eigen kennis en de informatie van de patiënt.

Voor de huisartsopleiding is een landelijke werkgroep van EBM-docenten uit alle opleidingen actief bezig om relevant en op de praktijk aansluitend EBM-onderwijsmateriaal te ontwikkelen en uit te wisselen. Goed zicht houden op wat er zich op de werkplek afspeelt blijft echter lastig.

ONDERZOEK

Inmiddels is er meer onderzoek gedaan naar EBM-onderwijs. We weten dat geïntegreerd onderwijs belangrijker is dan losstaande lessen epidemiologie en statistiek.^{5,6,12-14} De gebruikte definities van 'geïntegreerd onderwijs' lopen echter nogal uiteen, van onderwijs dat casuïstiek en getallen uit de praktijk gebruikt tot formeel of informeel onderwijs op de werkplek, bijvoorbeeld in de huisartsenpraktijk.

Een clustergerandomiseerde trial binnen de huisartsopleiding vergeleek bij 6 groepen aiossen het reguliere onderwijs met een programma dat meer was geïntegreerd in de opleidingspraktijk. Dat programma bestond uit scholing van de opleiders, EBM-leergesprekken in de praktijk en EBM-momenten op de terugkomdag.¹⁵ Eindpunten waren zoekgedrag (hoe vaak zochten aiossen een antwoord op een vraag die ze tijdens consulten hadden) en EBM-gedrag in de praktijk (handelen volgens de standaard of daarvan gemotiveerd afwijken). De onderzoekers vonden geen duidelijk verschil tussen beide onderwijsprogramma's. Dat werd deels verklaard doordat de rol en attitude van de opleiders in beide groepen uiteindelijk toch niet sterk uiteenliepen. Ook speelde hier mee dat het om een complexe interventie ging, een interventie met veel verschillende onderdelen en waarbij niet altijd goed zicht is op wat wel werkt en wat niet. Ongeveer de helft van de aiossen in de interventiegroep gaf echter aan dat ze dachten dat hun opleider niet veel op had met EBM. Deze was dus wat dat betreft geen rolmodel.

In ander onderzoek werden huisartsconsulten geobserveerd

KADER TIPS VOOR EBM-LEREN IN DE PRAKTIJK²¹

1. Afwisselend observeren en bespreken van elkaars consulten
2. Expliciet benoemen van de 3 EBM-onderdelen
3. Samen relevante artikelen bespreken
4. Bij een klinische vraag samen ter plekke evidence zoeken
5. Samen bestaande e-learnings of kennistests doen
6. Een ingewikkelde casus kiezen en daarbij naar alle 3 de EBM-onderdelen kijken
7. Samen een FTO of andere nascholing verzorgen
8. Samen expliciet een differentiële diagnose bespreken

en daarbij werd niet echt waargenomen hoe evidence een rol speelde tijdens die consulten.¹⁶ Daarom werd in meer detail onderzocht wat er op de werkplek in de opleidingspraktijk gebeurt.¹⁷ Kun je EBM leren toepassen door elkaars consulten te observeren en herken je wat er gebeurt bij het nemen van beslissingen? En kunnen aios en opleider hierbij van elkaar leren? Uit de analyse van de geobserveerde consulten en aanvullende interviews bleek dat aiossen en opleiders die elkaar observeerden bij het nemen van beslissingen elkaars argumenten niet goed herkenden. Opleiders schieten al gauw in de rol van beoordelaar en aiossen nemen (te) gemakkelijk aan dat de opleider het met diens ervaring wel zal weten. Observeren is dus niet voldoende: je zult elkaar moeten *vragen* naar het waarom. Een opleider neemt bijvoorbeeld een beslissing die niet is gestoeld op evidence, maar wel op zijn kennis van de patiënt. De aios zou kunnen denken dat de opleider de evidence niet kent. Wanneer er een goede en veilige opleider-aiosrelatie is, en zij de basis voor beslissingen geregeld bespreken, zijn observaties beter te interpreteren.

Uit een analyse van leergesprekken en aanvullende interviews blijkt dat deze gesprekken wel als nuttig worden ervaren, maar wat betreft het leren van EBM toch vaak minder iets opleveren. Aiossen verwachten dat opleiders de antwoorden op hun vragen beter beargumenteren. Daarnaast willen ze bevestiging en tegenvragen, en dat de opleider over de eigen ervaring en patiëntfactoren vertelt. Aiossen verwachten een open en gelijkwaardige verhouding. Aiossen kunnen de discussie ook verbeteren door het leergesprek goed voor te bereiden, vragen te blijven stellen, onderzoek te doen naar evidence en kennis, en het geleerde ook in de praktijk te brengen.¹⁸ Overigens zijn opleiders zich er helemaal niet zo bewust van dat ze EBM samen met de aios kunnen leren. Ze gaan er vaak van uit dat het leergesprek vooral voor de aios is bestemd.¹⁹

TIPS VOOR DE PRAKTIJK

Opleider en aios kunnen veel van elkaar leren als ze goede discussies voeren, gebruikmaken van de beschikbare evidence en ervaring, en de argumenten voor het handelen in de praktijk expliciet benoemen. Ook zullen ze de patiënt en verdere context in deze discussie moeten betrekken (*shared decision making*).²⁰ In een onderzoek werden aiossen en opleiders in focusgroepen gevraagd naar concrete voorbeelden van EBM-leren in de praktijk [**kader**]. Daarbij werden onderwijsmomenten onderverdeeld in 3 grote categorieën: leergesprekken, observaties van consulten en praktijkgebonden momenten.²¹ Een illustratief citaat van een opleider:

'Ja, ook wel dat observeren, maar dan van een videoconsult (...) en die dan samen bekijken en dan dacht ik, is het misschien ook wel leuk om van tevoren al te bedenken (...) met die themabril ga ik naar het consult kijken, en dat we dan ook zeg maar kritisch elkaar bevragen, van wat gaat er door je heen bij het nemen van die beslissingen, en welke hulpbronnen (...) vaak toch de

standaard, of Thuisarts of erbij, of heb je ergens een artikeltje gelezen, of heb je een bepaalde voorbeeldfunctie van bijvoorbeeld mij als opleider of van een andere collega, op die manier. En als je van de standaard bent afgeweken, met welke argumentatie dan.'

Vaste overlegmomenten in de dagelijkse praktijkvoering kunnen helpen bij het (leren) toepassen van EBM. Het is goed om dan ook de consequenties voor de praktijkvoering vast te leggen. Op een ziekenhuisafdeling kindergeneeskunde is al succesvol geëxperimenteerd met een cyclus van stabij-eenkomsten, die uitmondde in een aanpassing van de lokale protocollen.²² Ook tijdens bijeenkomsten van huisartsen (bijvoorbeeld voor FTO of DTO) kunnen de 3 onderdelen en de implicaties voor beleid in de praktijk aan bod komen.²³ Dat zal tot betekenisvollere discussies en leergesprekken leiden. Bij de scholing van opleiders moet hen duidelijk worden gemaakt dat niet alleen aiossen, maar ook zichzelf in leergesprekken over EBM kunnen leren. Wanneer opleiders in hun rol van ervaren huisarts tijdens discussies ook de evidence en patiëntvoorkeuren bewust inzetten, kunnen ze een rolmodel zijn voor aiossen en studenten. Zo maken ze duidelijk dat je een professioneel leven lang kunt blijven leren.

CONCLUSIE

Hoewel de eerste 3 stappen om EBM te leren zijn opgenomen in het curriculum van de huisartsopleidingen, zijn de laatste 2 – het leren toepassen en evalueren in de dagelijkse (opleidings)praktijk – lastiger te implementeren. Aiossen, opleiders, docenten en huisartsen kunnen veel explicieter discussie voeren over de rol die evidence, klinische ervaring en patiëntvoorkeuren bij het nemen van beslissingen spelen. Dan zullen ze er samen van kunnen leren. ■

LITERATUUR

1. Sackett DL, Rosenberg WMC, Muir Gray JA, Haynes RB, Richardson WS. Evidence-based medicine: what it is and what it isn't. *BMJ* 1996;312:71.
2. Bolt TC. A doctor's order. The Dutch case of evidence-based medicine (1970-2015). Antwerpen: Garant-Uitgevers, 2015.
3. Kortekaas MF, Van de Pol AC, Van der Horst HE, Burgers JS, Slort W, De Wit NJ. Towards efficient use of research resources: a nationwide database of ongoing primary care research projects in the Netherlands. *Fam Pract* 2014;31:229-35.

De volledige literatuurlijst staat bij dit artikel op www.henw.org.

Bartelink MEL, Welink LS, Beurskens LWJE, Van Peet PG, Damoiseaux RAMJ. EBM-onderwijs en leren van elkaar in de huisartsenpraktijk. *Huisarts Wet* 2021;64[7]:9-13. DOI:10.1007/s12445-021-1167-2. UMC Utrecht, Julius Centrum, Utrecht: dr. M.E.L. Bartelink, huisartsdocent, m.e.l.bartelink@umcutrecht.nl; L.S. Welink, arts-onderzoeker; prof. dr. R.A.M.J. Damoiseaux, hoofd huisartsopleiding, Maastricht University, Vakgroep Huisartsgeneeskunde, Huisartsopleiding, Maastricht: dr. L.W.J.E. Beurskens, huisartsdocent EBM. Leids Universitair Medisch Centrum, Huisartsopleiding, Leiden: dr. P.G. van Peet, huisartsdocent. Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.



E-portfolio toont weinig zelfregulerend leren



Sanne Dijkhuizen

Het doel van e-portfolio's in de huisartsopleiding is bijdragen aan zelfregulerend leren (ZRL). ZRL bestaat uit zelfbeoordeling, leerdoelen stellen, methoden inzetten om die doelen te bereiken en het resultaat evalueren via reflectie en feedback. Uit een kwalitatieve analyse blijkt echter dat e-portfolio's sinds de invoering in 2013 weinig van deze aspecten laten zien.

De onderzoekers stratificeerden 1022 e-portfolio's van Nederlandse aiossen tussen 2013 en 2018 naar duur van het gebruik van e-portfolio (< 12 maanden, 12-24 maanden en > 24 maanden). Zij scoorden de gegevens kwantitatief. Daarnaast beoordeelden zij een steekproef van 90 e-portfolio's ook kwalitatief. De e-portfolio's bevatten 11 unieke formulieren (bijvoorbeeld 'voortgangsadvies' en 'korte praktijkbeoordeling'). Het aantal ingevulde formulieren varieerde sterk.

Het gemiddeld aantal 'korte praktijkbeoordelingen' in de portfolio's van de groep > 24 maanden was 28,91 met een variatie van 0 tot 171. Van alle 11 formulieren was alleen de 'competentie beoordelingslijst' aanwezig in alle e-portfolio's, variërend van 1 tot 37 per e-portfolio. Slechts 54% van de 90 portfolio's bevatte 1 of meerdere formulieren gericht op reflectie. Daarvan werd 84% als 'niet-reflectief' beoordeeld, omdat alleen gebeurtenissen en ervaringen werden beschreven. Feedback ging met name over wat er goed ging, er werd geen kritische feedback gevonden. Het aantal leerdoelen varieerde van 0 tot 96 per e-portfolio. De beschrijving van leerdoelen was in 56% van de gevallen niet specifiek, vooral omdat het 'waarom', 'wanneer' of 'waar' ontbrak. Feedback door de opleider was per competentie aanwezig in 66% tot 94% van de e-portfolio's. Ook deze feedback werd in 72% als niet specifiek omschreven.



Foto: Shutterstock

De onderzoekers concluderen dat het e-portfolio's weinig van ZRL laten zien. Het documenteren van ZRL vergt zowel tijd als een hoog niveau van introspectie en schrijfkwaliteit. Dit is een punt waaraan de huisartsopleiding en aios extra aandacht kan besteden. ■

Van der Gulden R, et al. How is self-regulated learning documented in e-portfolios of trainees? A content analysis. BMC Med Educ 2020;20:205



Leren in de huisartsenpraktijk op verschillende niveaus

Frederique Ummels

Het verdelen van leren en superviseren over alle stadia van de opleiding wordt ook wel *multi level learning* genoemd (MLL). In de Nederlandse huisartsenpraktijk is het bekendste voorbeeld daarvan de aios die een coassistent opleidt en tegelijkertijd ook zelf leert van de opleider. Een literatuuronderzoek laat de voordelen van MLL zien en geeft handvatten om MLL succesvol in te zetten.

De auteurs vonden 875 artikelen uit de periode 2007-2017 en selecteerden er 15. Deze artikelen beschreven 10 verschillende Britse en Australische kwalitatieve onderzoeken. De auteurs gingen na

welke soorten MLL er zijn en wat de ondersteunende en belemmerende factoren daarbij zijn. Met een *realist synthesis*-methode vonden zij 8 sleutelmechanismen en ondersteunende hypothesen. Vervolgens beschreven zij wat er nodig is om MLL succesvol te laten zijn. Ten eerste is dat een sterke leeromgeving waarin studenten zich ondersteund en uitgedaagd voelen. Ten tweede een goede infrastructuur, zoals fysieke ruimte om te leren en ICT-middelen. Ten derde een optimale organisatie, waaronder een goed supervisieschema en toegang tot meerdere supervisoren. Ten vierde educatieve factoren, zoals leerlinggericht onderwijs en begeleiding voor leerling-docenten.

En tot slot een financiële vergoeding, een vergoeding voor tijd en goed begrip van medisch-juridische kwesties over supervisie van coassistenten door aiossen. Als beperking noemen de auteurs het kleine aantal onderzoeken en het feit dat de onderzoeken slechts in 2 landen werden verricht, hetgeen de generaliseerbaarheid beperkt.

De auteurs concluderen dat MLL veel voordelen heeft. Zij geven handvatten die een stimulans zijn om het model aios-coassistent ook in Nederland op een goede manier verder te implementeren in de opleiding. MLL helpt mogelijk ook om meer stageplaatsen voor coassistenten te creëren in de huisartsenpraktijk. ■

Dick ML, et al. A systematic review of the approaches to multi-level learning in the general practice context, using a realist synthesis approach: BEME Guide No. 55. Med Teach 2019;41:862-76.



Wat leren aiossen van de landelijke kennistoets?

Sara Smulders, Greetje Sagasser, Geurt Essers, Mirjam Nijveldt, Nynke van Dijk

Al ruim 3 decennia wordt het kennisniveau van aiossen huisartsgeneeskunde getoetst met een schriftelijke voortgangstoets, de Landelijke Huisartsgeneeskundige Kennistoets (LHK). De LHK wordt breed gewaardeerd, maar door de grote nadruk op de selectiefunctie komt het educatieve aspect van de toets niet goed tot zijn recht. Dat blijkt uit onderzoek onder aiossen, docenten en opleiders van de huisartsopleidingen.

Voortgangstoetsing is een beproefde methode in probleemgestuurd medisch onderwijs.¹ In 1987 werd de landelijke voortgangstoets voor huisartsen in opleiding geïntroduceerd. Wat begon als experiment werd later verfijnd tot de Landelijke Huisartsgeneeskundige Kennistoets (LHK).² De toets was aanvankelijk bedoeld om de kennisontwikkeling inzichtelijk te maken voor de opleiding en aiossen individueel inzicht te geven in hun vorderingen. De uitslag had geen consequenties voor de studievoortgang. Na 1995 veranderde dit en werd de (halfjaarlijkse) LHK belangrijker. In 2005 werd de 50%-norm ingevoerd, waarbij aiossen in elk opleidingsjaar ten minste 1 LHK voldoende moesten maken. In 2016 werd die norm weer losgelaten, in de nieuwe visie op programmatisch toetsen kwam meer nadruk te liggen op veel verschillende meetmomenten om feedback te kunnen geven.³ Verschillende aspecten van de LHK – waaronder validiteit, betrouwbaarheid en representativiteit voor de competentie ‘medisch handelen in de dagelijkse praktijk’ – zijn al eens onderzocht.⁵⁻⁷ We hebben echter minder zicht op de manier waarop LHK-uitslagen binnen opleidingsinstellingen worden gebruikt in individuele opleidingsplannen. Om inzicht te krijgen in het verloop van de kennisontwikkeling bij aiossen formuleerden we de volgende onderzoeksvragen.⁸

- Hoe verloopt het proces van kennisontwikkeling binnen de huisartsopleiding?
- Hoe is het huidige gebruik van de LHK als toets- dan wel leerinstrument en wat zijn de opvattingen hierover?
- Wat zou maken dat de LHK als toets- dan wel leerinstrument (nog) beter aansluit bij de leerbehoefte of kennisontwikkeling van aiossen?

METHODE

Onze getrapte onderzoeksopzet omvatte achtereenvolgens

kwalitatief onderzoek (interviews en focusgroep) en kwantitatief onderzoek (vragenlijst).

Interviews

Het kwalitatieve onderzoek had tot doel een beeld te krijgen op basis waarvan we een gerichte vragenlijst voor het kwantitatieve onderzoek konden opstellen. De Werkgroep Toetsing (het landelijk overleg van toetscoördinatoren) selecteerde per opleidingsinstituut 1 aios en 1 ervaren huisartsdocent, die we een semigestructureerd interview afnamen. Daarnaast organiseerden we een focusgroepinterview van opleiders, met een huisartsdocent als moderator. Eén onderzoeker (SS) nam de individuele interviews af tussen juni 2016 en januari 2017; de resultaten werden iteratief verwerkt in protocollen voor de volgende interviews. Het focusgroepinterview vond plaats in februari 2017. Alle deelnemers verleenden informed consent. De Ethical Review Board van de Nederlandse Vereniging voor Medisch Onderwijs gaf toestemming voor het onderzoek (NERB-dossier nr. 734).

Alle interviews werden volledig getranscribeerd en ingevoerd in Kwalitan®. Twee onderzoekers (SS en MN) pasten onafhankelijk van elkaar open (inductieve) codering toe op 2 interviewtranscripten, vergeleken de codes en discussieerden over verschillen totdat consensus was bereikt. Eén onderzoeker (SS) codeerde de overige transcripten, inclusief dat van de focusgroep. SS en MN identificeerden gezamenlijk thema's en subthema's, en bespraken deze met de andere onderzoekers. Als uit een interview geen nieuwe inzichten meer voortkwamen, vonden de auteurs dat saturatie was bereikt.

Vragenlijst

Na bespreking van de voorlopige interviewresultaten met de Werkgroep Toetsing formuleerden we de vragenlijst

WAT IS BEKEND?

- Sinds 1987 wordt de kennis van huisartsen in opleiding getoetst met een voortgangstoets.
- Eerder onderzoek wees uit dat de LHK een valide en betrouwbaar meetinstrument is.

WAT IS NIEUW?

- Zowel aiossen als docenten en opleiders waarderen de LHK als toetsinstrument.
- Er ligt veel nadruk op het halen van de toets en weinig nadruk op wat aiossen van de toets kunnen leren.
- Meer aandacht voor feedback op de toets vergroot de educatieve waarde van de LHK.
- Betere uitleg vooraf en meer gestructureerde aandacht voor feedback achteraf, ook bij aiossen die voldoende scores, vergroot de effectiviteit van de LHK als instrument om van te leren.

voor aiossen [online addendum]. Deze lijst bevatte 22 gesloten en 3 open vragen over praktische, belevings- en educatieve aspecten van de LHK. Ook de vragenlijst werd goedgekeurd door de Ethical Review Board (NERB-dossier nr. 923). We legden de vragenlijst, met een informatiebrief, voor aan alle aiossen die deelnamen aan de LHK van oktober 2017. Respondenten vulden de vragenlijst anoniem in en gaven informed consent.

Analyse

Statistische berekeningen zijn uitgevoerd met SAS®. Naast beschrijvende statistiek gebruikten we de chikwadratstoets om de samenhang tussen variabelen te beoordelen, met Cramer's V als maat voor samenhang bij nominale variabelen. Voor de mate van samenhang (gering, middelgroot of groot) gebruikten we de richtlijnen van Cohen.⁹

Voor de open vragen werd kwalitatieve analyse gebruikt. Twee onderzoekers (SS en MN) pasten onafhankelijk van elkaar open codering toe op de eerste 200 antwoorden, vergeleken de resultaten en bereikten waar nodig consensus via discussie. SS codeerde de overige antwoorden volgens dezelfde methode. Tot slot combineerden we de kwalitatieve en de kwantitatieve resultaten.

RESULTATEN

Algemene resultaten

In totaal interviewden we 8 aiossen en 8 docenten, in elke groep 4 vrouwen. Van de aiossen zaten er 5 in het derde jaar, 2 in het tweede jaar en 1 in het eerste jaar. De geïnterviewde docenten werkten als groepsbegeleider of hadden dat gedaan. Aan het focusgroepinterview namen 5 opleiders deel (3 vrouwen, 2 mannen), verbonden aan 3 verschillende instituten. Allen waren minstens 6 jaar opleider.

De vragenlijst werd voorgelegd aan 2325 aiossen; 1778 vragenlijsten (76%) kwamen ingevuld retour. De mediane leeftijd van deze aiossen (hierna kortweg 'respondenten' genoemd) was 29 jaar; 24% was man; 36% was eerstejaars, 29% tweedejaars en 35% derdejaars; 19% had eenmaal eerder onvoldoende gescoord op een LHK en 7% had meermaals onvoldoende gescoord.

Kennisontwikkeling en kennisniveau

Uit de interviews kwam het volgende beeld naar voren. Casuïstiek uit de praktijk was de belangrijkste aanleiding om kennislacunes te ontdekken en leeractiviteiten te ondernemen. Denk daarbij aan iets nazoeken in richtlijnen en literatuur, iets bespreken met de opleider of op de terugkomdag, en soms gericht aanpassen van het spreekuuraanbod. Zo'n activiteit leverde regelmatig nieuwe leervragen op. Ook lessen op terugkomdagen, kritische vragen van de opleider en de toets zelf werden vaak genoemd als aanleiding voor kennisontwikkeling. Docenten en opleiders droegen bij aan kennisontwikkeling door te vertellen hoe je kennis in de praktijk toepast, door een rolmodel te zijn voor levenslang leren, door aiossen te stimuleren zelf tot een antwoord te komen en hen kritisch te bevragen, door feedback te geven na (video)observaties en door de kennisontwikkeling te structureren. Docenten hechtten aan een goede kennisbasis. Zij lieten het oordeel van opleiders zwaar meewegen, maar hielden ook rekening met de toetsuitslagen en de inbreng tijdens terugkomdagen. Docenten vertelden dat uitschieters in kennisniveau vrij snel duidelijk waren, maar dat het moeilijker was een beeld te krijgen van de middengroep. Opleiders baseerden hun oordeel op nabesprekingen van casuïstiek en (in)directe observatie van consulten, soms checkten ze dossiers.

De LHK als toetsinstrument

De uitleg die aan de LHK voorafgaat, gaat vooral over de praktische kanten van de toets en minder over het educatieve doel ervan. De voorbereidingstijd van de aiossen varieerde sterk, een kwart zei zich niet voor te bereiden. De mediane voorbereidingstijd was 3 uur, dit werd significant minder naarmate de opleiding vorderde.

Tijdens de interviews viel op dat voor aiossen het halen van een voldoende het belangrijkste leek. De vragenlijst bevestigde dat beeld: de meeste aiossen (44%) gaven 'een voldoende halen' de hoogste prioriteit, 21% koos 'inzicht in kennislacunes', 16% koos 'inzicht krijgen in mijn kennisniveau', 15% koos 'monitoren van de voortgang van mijn kennis' en 4% koos 'richting geven aan mijn leerdoelen/leerplan'.

Voor docenten heeft de LHK een duidelijk, maar niet absoluut gewicht bij voortgangsbeslissingen. Vooral in twijfelgevallen kan de uitslag bepalend zijn.

De geïnterviewden waren overwegend positief over de LHK als toetsinstrument. Aiossen vonden de vragen en onderwerpen relevant, met uitzondering van de 'feitjesvragen'. Van de respondenten vond 74% de vragen en onderwerpen (zeer) relevant, 21% vond ze neutraal en 5% vond ze (helemaal) niet relevant.



Aiossen die een voldoende halen bij de LHK hebben nauwelijks aandacht voor feedback op de toets.

Foto: Shutterstock

Ook de geïnterviewde opleiders en docenten vonden de inhoud adequaat. Ze waardeerden de casusvorm van de vragen omdat deze goed aansluit bij de praktijk en ze schatten de betrouwbaarheid in als redelijk goed. Docenten vertelden dat de toets hun beeld van het kennisniveau overwegend bevestigde. Zowel aiossen als docenten gaven aan dat aios rondom de LHK vaak druk ervoeren om een voldoende te halen, maar ook dat ze plezier hadden in het maken van de toets. Van de respondenten gaf 25% aan (veel) stress te hebben en 35% (veel) plezier.

De LHK als leerinstrument

Voor aios waren de LHK-vragen regelmatig aanleiding om antwoorden na te zoeken of te bespreken, zowel direct na de toets als na teruggave van het toetsboekje. Bij de uitslag keken aios voornamelijk naar de totale score en minder naar de uitgebreide feedback. Een minderheid van de respondenten (20%) gaf aan dat de LHK-uitslag daadwerkelijk leidde tot het aanpassen van hun eigen leerdoelen. Of de LHK inhoudelijk werd nabesproken verschilde per aiosgroep, maar de aios vonden het meestal nuttig om vragen na te bespreken.

Bij een voldoende op de LHK besteden docenten en opleiders – net als aios – weinig aandacht aan feedback. Van de respondenten had 4% na de vorige LHK de feedback besproken met hun docent en 16% met hun opleider. Bij een onvoldoende werd meer aandacht besteed aan feedback en werd van de aios vaak een plan van aanpak verwacht.

Aiossen hechtten desgevraagd wel waarde aan de feedback (in de vragenlijst 60%) en vonden dat het nuttig zou zijn daar meer aandacht aan te besteden. In de vragenlijst vroegen we in hoeverre de respondenten de LHK vonden bijdragen het opsporen van kennislacunes, het (her)formuleren van leerdoelen en de kennisontwikkeling [tabel 1].

Bij analyse van de antwoorden op de vragenlijst vonden we een significant verband tussen het al dan niet bekijken of bespreken van eerdere feedback (vraag 11) en de waardering voor de bijdrage van de LHK aan kennislacunes, leerdoelen en leerplan (vragen 14, 15 en 16). Respondenten die niets deden met de feedback, oordeelden negatief over deze bijdrage, respondenten die dat wél deden, oordeelden positief [online tabel 2].

Aansluiting bij de leerbehoefte

Zowel aiossen als docenten gaven aan dat aan het begin van de opleiding meer uitleg over het educatieve doel van de LHK belangrijk is. Aiossen vonden het ook belangrijk duidelijkheid te hebben over hoe de LHK wordt meegewogen bij voortgangsbepalingen.

Aiossen hadden commentaar op de 'feitjesvragen'. Ze zouden graag meer vragen willen waarin klinisch redeneren centraal staat. Een aantal aiossen suggereerde dat een (gedeeltelijk) openboektentamen de toets meer in overeenstemming zou brengen met de dagelijkse praktijk.

Een aantal aiossen opperde de eerste LHK-uitslag als 'nulme-

Tabel 1

Bijdrage van de LHK aan het leerproces (n = 1778 vragenlijsten)

Kunt u aangeven in hoeverre de LHK bijdraagt aan:	[Helemaal] niet	Neutraal	[Zeer] sterk
Opsporen kennislacunes	19%	27%	54%
(Her)formuleren leerdoelen	43%	35%	23%
Kennisontwikkeling	14%	30%	56%

ting' te beschouwen en niet mee te nemen bij de beoordeling; dit zou het educatieve karakter van de toets meer benadrukken. Een veelgenoemde wens, zowel in de interviews als in de vragenlijst, was meer aandacht te besteden aan de feedback van de LHK, ook bij voldoende maken. Aiossen dachten dat snellere feedback hen zou helpen meer met de uitslag te doen.

BESCHOUWING

De LHK wordt gewaardeerd als toetsinstrument, maar komt als leerinstrument beperkt tot zijn recht. Het is vooral de casuïstiek in de opleidingspraktijk die kennisontwikkeling stimuleert – naast lessen op terugkomdagen, de LHK zelf en kritische vragen van de opleider. Dit is in lijn met eerder onderzoek.¹⁰⁻¹³ Voldoende en gevarieerd casuïstiekaanbod is dus van groot belang. Aiossen, docenten en opleiders waarderen de LHK als toetsinstrument en vinden de vragen en onderwerpen uit de toets relevant. Ook dit is in eerder onderzoek beschreven.^{2,5} Als leerinstrument komt de LHK minder uit de verf. Een positief effect is dat aiossen direct leren van de vragen (met bijbehorende casuïstiek) en inzicht krijgen in de eigen kennislacunes. Naar de feedback wordt echter vooral omgekeken bij een negatieve uitslag. Bij een voldoende uitslag gebeurt dat weinig en worden leerdoelen maar beperkt aangepast. Hierbij speelt mee dat aiossen het 'halen van de toets' als belangrijkste doel zien en tevreden zijn met een voldoende. Belangrijk is dat aiossen die meer aandacht besteden aan de feedback de LHK meer waarderen en ook meer inzetten als leerinstrument, wat past binnen het model van programmatisch toetsen.¹⁴

Sterke punten en beperkingen

Sterke punten van ons onderzoek zijn de getrapte onderzoekopzet, waardoor uitkomsten uit de interviews konden worden onderzocht in hele populatie, en de hoge respons op de vragenlijst. Zwak punt was dat het aantal geïnterviewden van tevoren vastlag en niet werd bepaald door de mate van saturatie. Op veel punten werd saturatie bereikt, maar achteraf is onduidelijk of dat voor alle punten geldt. Door van elk instituut 1 aios en 1 docent te interviewen, konden we wel controleren op instituutverschillen. Een beperking is dat de interviewer ook het coderen uitvoerde, wat kan hebben geleid tot 'interviewerbias'. De tweede codeerder had deze bias echter niet. Een laatste beperking is dat, ondanks het anoniem

invullen van de vragenlijst, aiossen bij het invullen mogelijk sociaal wenselijk hebben geantwoord en dat dit invloed heeft op de resultaten."

AANBEVELINGEN

De LHK is opgezet om huisartsen in opleiding inzicht te geven in hun kennislacunes en te helpen in hun leerproces. Later is de nadruk steeds meer op het selectieve aspect komen te liggen. Het nadeel daarvan is dat aiossen die een voldoende halen (het overgrote deel) nauwelijks aandacht hebben voor feedback op de toets en dat opleiders en docenten hen daarin weinig stimuleren. Een aios die bij elke toets een voldoende eindscore haalt, kan op bepaalde deelgebieden structureel onvoldoende scores zonder dat aan die gebieden extra aandacht wordt besteed. Dat is een gemiste kans.

De LHK is meer dan een meetinstrument. Het is ook een leerinstrument en het is belangrijk dat aiossen, docenten en opleiders de toets ook als zodanig gebruiken. Wij pleiten voor een aanpak met goede uitleg vooraf en een vaste routine rondom de uitslag, waarbij aiossen met hun opleider naar de feedback kijken, deze vergelijken met de feedback van eerdere LHK's, waar nodig leerdoelen aanpassen en hierop terugkomen tijdens de terugkomdagen. Zo wordt de LHK een bruikbaar hulpmiddel in het leerproces.

CONCLUSIE

De LHK wordt gewaardeerd als toetsinstrument binnen de huisartsopleiding, maar het is ook een leerinstrument. Doordat er te veel aandacht is voor het selectieve aspect en te weinig voor feedback op de uitslagen, komt het educatieve aspect te weinig tot zijn recht. ■

LITERATUUR

1. Van der Vleuten C, Verwijnen G, Wijnen W. Fifteen years of experience with progress testing in a problem-based learning curriculum. *Medical Teacher* 2009;18:103-9.
2. Van Niel A, Ket P, Düsman H. Hoe was de toets? Het oordeel van de deelnemers aan de Landelijk Huisartsgeneeskundige Kennistoets. Houten: Gezond Onderwijs Congres 6, 1997.
3. Van der Post K, Reinders M, Van de Vijver P, Nijveldt M. Landelijk opleidingsplan voor de opleiding tot huisarts. Utrecht: Huisartsopleiding Nederland, 2016.

De volledige literatuurlijst staat bij dit artikel op www.henw.org.

Smulders S, Sagasser MH, Essers GT, Nijveldt MJ, Van Dijk N. Wat leren aiossen van de landelijke kennistoets? *Huisarts Wet* 2021;64(7):15-8. DOI:10.1007/s12445-021-1163-6.
Huisartsopleiding Nederland, Utrecht: S. Smulders, huisartsdocent, s.smulders-5@umcutrecht.nl; dr. M.H. Sagasser, onderwijskundige; dr. G.T.J.M. Essers, programmamanager toetsing; dr. M.J. Nijveldt, onderwijskundige. Amsterdam UMC, locatie AMC, afdeling Huisartsgeneeskunde, Amsterdam: prof. dr. N. van Dijk, hoogleraar onderzoek. Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.



E-healthonderwijs is een nieuwe uitdaging voor de huisartsopleiding

Elisa Houwink, Niels Chavannes, Anneke Kramer

Om goed voorbereid te zijn op de toekomst moeten aiossen zich ook in e-health verdiepen. Bij de huisartsopleiding ligt de nadruk echter meer op praktijkleren, waardoor nieuwe ontwikkelingen als e-health niet altijd voldoende aandacht krijgen. Aiossen moeten ook maar net een opleider treffen die zich met e-health bezighoudt. E-health verdient meer aandacht tijdens de opleiding, wat zowel de aios, de opleider als de docent ten goede zal komen.

De eerstelijnszorg heeft te maken met een snel veranderende context, zoals vergrijzing en meer complexe zorg, snelgroeiende medische kennis, veranderingen in de patiënt-zorgverlenerrelatie, een tekort aan zorgpersoneel, snelle technologische ontwikkelingen en sinds zo'n anderhalf jaar ook de COVID-19-pandemie.¹⁻³ Innovaties kunnen helpen bij het omgaan met deze veranderingen. E-health is er daar een van. Er is nog weinig ervaring met e-health in het medisch onderwijs en in de medisch onderwijskundige literatuur is er ook niet veel over te vinden.⁴ In dit artikel willen wij een aanzet geven voor een invulling van opleiding en nascholing in e-health. We gebruiken daarvoor onze kennis over en ervaring met e-health bij het National eHealth Living Lab (NeLL) en de LUMC Campus in Den Haag, en onze ervaring met medisch onderwijs, in het bijzonder de huisartsopleiding. We hebben daarbij gebruikgemaakt van relevante literatuur uit onder andere *The European Journal of General Practice*.⁴⁻⁶

DEFINITIE EN FUNCTIES VAN E-HEALTH

In het afgelopen decennium zijn verschillende definities van e-health voorgesteld, maar er bestaat nog geen consensus over.⁷ De meest genoemde definitie is die van Eysenbach: 'E-health verwijst naar gezondheidsdiensten en informatie die via internet en aanverwante technologieën wordt geleverd of kan worden verbeterd. In bredere zin kenmerkt de term niet alleen een technische ontwikkeling, maar ook een gemoedstoestand, een

Figuur 1

Conceptualisering van e-health in de eerstelijnszorg volgens Shaw et al.^{4,9}



manier van denken, een houding en een inzet binnen een wereldwijd netwerk. E-health heeft tot doel de gezondheidszorg te verbeteren door gebruik te maken van informatie- en communicatietechnologie.⁸ Hoewel deze definitie informatief is, is een uitgebreidere beschrijving van e-health gerechtvaardigd. De conceptualisering van e-health van Shaw et al. onderscheidt 3 verschillende functies van e-health en beschrijft hoe deze kunnen bijdragen aan de eerstelijnszorg.⁹ De eerste functie is 'informeren, monitoren en volgen' en omvat het gebruik van e-healthtechnologieën in de dagelijkse praktijk om gezondheidsparameters te observeren en te onderzoeken. De tweede functie is 'interactie' en betreft het gebruik van e-health voor de communicatie tussen alle zorgdeelnemers (zorgverleners onderling en met patiënten). De laatste functie is 'gegevensgebruik', wat verwijst naar het verzamelen, beheren en gebruiken van gezondheids- en medische gegevensbronnen ten behoeve van medische besluitvorming en behandelingen [figuur 1].^{4,9}

BELANG VAN E-HEALTH IN DE MEDISCHE OPLEIDING

Binnen het medisch onderwijs wordt weliswaar erkend dat e-health een belangrijke rol speelt, maar tot nog toe wordt het nauwelijks tot niet geïncorporeerd. Een Australisch onderzoek liet zien dat zorgverleners de noodzakelijke competenties

Dit is een bewerkte vertaling van Houwink EJF, Kasteleyn MJ, Alpay L, Pearce C, Butler-Henderson K, Meijer E, et al. SERIES: eHealth in primary care. Part 3: eHealth education in primary care. Eur J Gen Pract 2020;2:108-18. Publicatie gebeurt met toestemming van de uitgever.

DE KERN

- E-health wordt binnen het medisch onderwijs weliswaar erkend, maar tot nog toe nauwelijks tot niet geïncorporeerd.
- Het is van belang om samen in de praktijk te oefenen met het toepassen van e-health, en hier tijdens terugkomdagen en leergesprekken tussen aios en opleider aandacht aan te besteden.
- Het CanMEDS-competentiemodel, de lijst aan digitale competenties die is samengesteld door het *EU Standing Committee of European Doctors* (CPME), en het model dat is gebaseerd op het Kern's stappenplan kunnen worden gebruikt om e-healthonderwijsprogramma's te ontwikkelen, evalueren en onderhouden.

voor een adequate toepassing van e-health in de dagelijkse praktijk ontberen. Dat komt omdat e-health geen plek heeft in het huidig medisch curriculum. In Europa bestaat een breed gedeelde behoefte om medisch studenten hierover te onderwijzen, zowel tijdens de geneeskundeopleiding als de vervolgopleiding. Er zijn wel initiatieven, maar die worden nog niet routinematig opgepakt.^{10,11}

Om als gekwalificeerd medisch generalist te kunnen werken, moet de huisarts aan het eind van de opleiding kennis hebben van een breed scala aan aandoeningen en problemen. De mogelijkheden die e-health daarbij biedt lijken nog niet voldoende te worden gewaardeerd. Ook worden e-healthcompetenties niet altijd herkend, noch geaccrediteerd. Onlangs heeft het Standing Committee of European Doctors (CPME) zijn beleid geformuleerd rond digitale competenties van artsen. Het CPME vindt dat artsen (in opleiding) meer inzicht moeten hebben in digitale oplossingen en hun capaciteiten daarin kunnen vergroten. Artsen zouden ook zorg moeten dragen voor passend toezicht op klinische validatie van e-health, en tegelijkertijd geen overdreven vertrouwen moeten stellen in de technologie.¹²

OPLEIDEN IN E-HEALTHVAARDIGHEDEN

Toepassing van e-health in de praktijk vraagt niet alleen om vertrouwde vaardigheden in een nieuw jasje, zoals communiceren met de patiënt en samenwerken, maar ook om nieuwe vaardigheden, zoals het beoordelen van apps op kwaliteit en het gebruik van digitale data. E-health hoeft geen op zichzelf staand onderdeel te worden, want de impact zal groter zijn als ze wordt geïntegreerd in de huidige zorgpraktijk (blended care, face-to-face en online hulpverlening). Volgens het nieuwe raamplan voor de geneeskunde en het project Opleiden 2025 van de Federatie Medisch Specialisten moeten e-healthvaardigheden in de basis- en medische vervolgoopleidingen worden opgenomen.^{13,14}

De opleiding tot specialist huisartsgeneeskunde is beschreven in het Landelijk Opleidingsplan (LOP, 2016), dat is gebaseerd

op het Competentieprofiel van de Huisarts. Dit competentieprofiel beoogt een toekomstgerichte en bestendige uitvoering van de huisartsenzorg. Het LOP omvat 10 thema's (zoals preventie en praktijkmanagement), met onder elk thema een set van Kenmerkende BeroepsActiviteiten (KBAs). Daarmee worden de afzonderlijke competenties van de huisarts vertaald naar de dagelijkse praktijk.¹⁵ Het LOP gaat niet uitgebreid in op e-healthvaardigheden, maar noemt ze bij de verschillende thema's (onder andere registreren en coderen binnen het huisartsinformatiesysteem, e-healthconsulten).

WAT IS BELANGRIJK OM TE LEREN OVER E-HEALTH?

Zorgverleners weten vaak niet welke e-healthtoepassingen beschikbaar zijn. Zijn de apps veilig, evidence-based en effectief? En hoe kun je deze apps implementeren in de dagelijkse praktijk?¹⁰ De volgende onderwerpen zijn volgens ons op dit moment van belang voor het e-healthonderwijs: kennis over en vaardigheid in e-healthtoepassingen in de praktijk, de invloed van e-health op de arts-patiëntrelatie, het gebruik van data, en het verzamelen en filteren van relevante digitale informatie. De casus laat zien welke rol e-health kan spelen in de zorg en het leergesprek tussen huisartsopleider en aios.

CASUS MENEER JANSEN

De aios ziet meneer Jansen (45 jaar) op het spreekuur. Meneer Jansen heeft moeilijk te behandelen hypercholesterolemie, omdat de statines vervelende bijwerkingen hebben. Hij heeft een positieve familieanamnese voor hart- en vaatziekten (zijn vader en broer overleden rond dezelfde leeftijd als gevolg van acute hartdood). Zijn bloeddruk is 140 mmHg systolisch en 80 mmHg diastolisch. Door toenemende kortademigheid heeft hij de laatste tijd steeds meer moeite om trompet te spelen. De aios vermoedt dat er een relatie is tussen de positieve familieanamnese en de toenemende lichamelijke klachten, vanwege de leeftijd waarop de klachten bij meneer Jansen begonnen. In haar praktijk wordt e-health in dergelijke situaties veelvuldig toegepast, van klacht tot diagnose en behandeling. Ze bespreekt de casus met haar huisartsopleider.

De aios en haar opleider bespreken het gebruik van het elektronisch patiëntendossier (EPD). Het EPD geeft een 'rode vlag' met als advies een verwijzing naar de cardioloog voor een CT-scan op coronair calcium en een genetische test via LEEFH.nl op familiäre hypercholesterolemie (FH). De aios kijkt op huisartsgenetica.nl naar verwijsindicaties en stelt online verwijzing naar Cardiologie.nl. Ze vraagt zich af hoe ze het beste de preventieve behandelopties met de patiënt kan bespreken en hoe ze een FH-test moet aanvragen. Ze weet dat evidencebased informatie online beschikbaar is via Thuisarts.nl en erfelijkheid.nl. Ze adviseert meneer Jansen om deze informatie over FH te lezen en om een week later de behandelopties te bespreken. Tijdens het vervolfgesprek wordt besloten om een app in te zetten.

Kennis en digitale vaardigheden

Voor het toepassen van e-health is een basisniveau van digitale competentie nodig en eventueel toegang tot ICT-ondersteuning.^{16,17} Generatieverschillen hebben invloed op het gebruik van e-health: jongere zorgverleners en patiënten zijn bekender met digitale oplossingen dan oudere. Daarnaast is het vooral voor de zorgverlener van belang dat veiligheid, privacy en ethiek rond online ondersteuning in acht worden genomen.¹⁷ Van groot belang is ook dat e-health inclusiviteit bevordert.

VERVOLG CASUS MENEER JANSEN

De aios en meneer Jansen besluiten een app in te zetten om het serumcholesterol te verbeteren. De app is onderdeel van een groot onderzoek naar leefstijl en cholesterol. Via de app kunnen de gegevens worden gedeeld met de huisarts en andere zorgverleners in de praktijk. De daaropvolgende weken registreert hij zijn leefstijlgedrag en cholesterol. De aios gebruikt deze gegevens tijdens de volgende afspraak om de verdere behandeling te bespreken.

Voor formelere vormen van leren zijn voor de huisartsopleiding en de nascholing verschillende onderwijsactiviteiten geschikt: e-learning, blended learning (e-learning in combinatie met fysieke scholing) en simulatieoefeningen met virtuele of echte oefenpatiënten. Ook coaching door een e-healthexpert of een stage in een omgeving waar e-health al veel wordt toegepast kan het leerproces ondersteunen. De aios leert dan van rolmodellen en de 'community of practice', zoals in de casus. Het CanMEDS-competentiemodel kan bij het ontwikkelen van een e-healthonderwijsprogramma worden gebruikt om e-healthleerdoelen te beschrijven in termen van rollen of competenties. Voor een voorbeeld verwijzen we naar het artikel waar deze beschouwing op is gebaseerd. Ook de lijst aan digitale competenties van het CPME kan als uitgangspunt dienen.¹² Daarnaast kan Kern's 6-stappenmodel voor het ontwikkelen, evalueren en onderhouden van onderwijs ondersteuning bieden. Daarbij wordt eerst gekeken wat het probleem is waarvoor e-health een oplossing kan zijn. Stapsgewijs wordt nagegaan wat huisartsen (in opleiding) nodig hebben om de oplossing te implementeren. Door leerdoelen en leeractiviteiten te bepalen worden vervolgens uitvoering en evaluatie mogelijk [figuur 2].²³⁻²⁶

TOT SLOT

Met deze beschouwing willen we onderstrepen wat het belang is van onderwijs in e-health, zodat deze daadwerkelijk onderdeel van de praktijk gaat uitmaken. Hiervoor is nog wel een cultuurverandering nodig. Er zou een gevoel van urgentie moeten ontstaan om met e-health te gaan werken. Zo kunnen de actuele uitdagingen worden aangepakt, zoals de COVID-19-pandemie, de toename in kennis over bijvoorbeeld (farmaco)genetica en de steeds complexer wordende samenwerking met patiënten, mantelzorgers en hulpverleners in het medische en psychosociale domein. ■

LITERATUUR

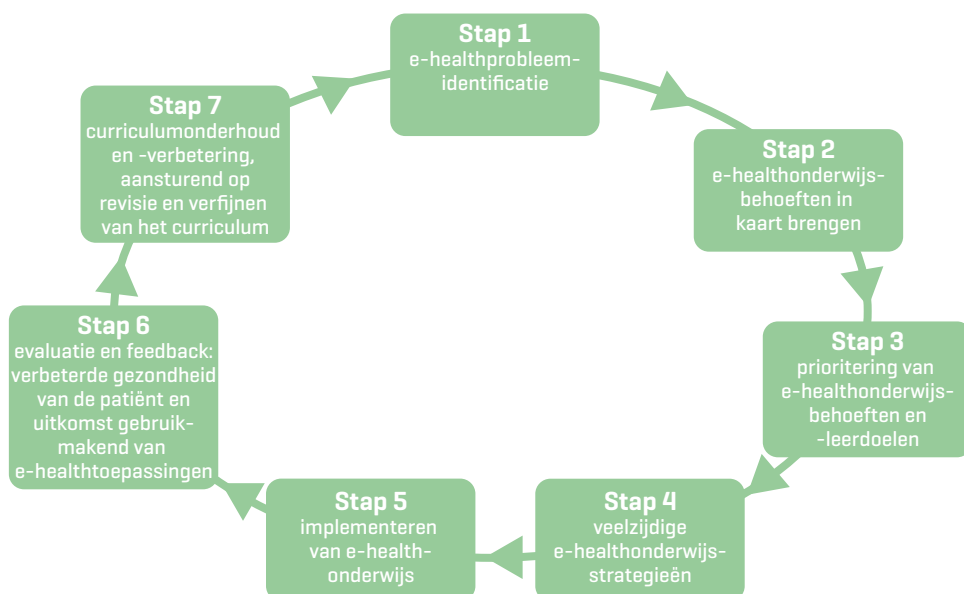
1. InHolland Hogeschool. Master Advanced Health Informatics Practice. www.inholland.nl/opleidingen/master-advanced-health-informatics-practice/. Geraadpleegd op 30 maart 2021.
2. Groenhof TKJ, Asselbergs FW, Groenwold RHH, Grobbee DE, Visseren FLJ, Bots ML. The effect of computerized decision support systems on cardiovascular risk factors: a systematic review and meta-analysis. *BMC Med Inform Decis Mak* 2019;19:108.
3. Hollander JE, Carr BG. Virtually Perfect? Telemedicine for Covid-19. *N Engl J Med* 2020;382:1679-81.

De volledige literatuurlijst staat bij dit artikel op www.henw.org.

Houwink E.J.F., Chavannes N.H., Kramer A.W.M. E-healthonderwijs is een nieuwe uitdaging voor de huisartsopleiding. *Huisarts Wet* 2021;64(7):19-22. DOI:10.1007/s12445-021-1169-0. Leids Universitair Medisch Centrum (LUMC), afdeling Public Health en Eerstelijns geneeskunde (PHEG), Leiden: dr. E.J.F. Houwink, huisarts, e.j.f.houwink@lumc.nl; prof. dr. N.H. Chavannes, huisarts; prof. dr. A.W.M. Kramer, huisarts. Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

Figuur 2

Conceptueel model voor e-healthonderwijsontwikkeling, -evaluatie en -onderhoud, gebaseerd op Kern²⁵⁻²⁸





Tips voor aiossen en opleiders over Leren van Samen Beslissen

Anouk Baghus, Angelique Timmerman, Esther Giroldi, Inge Henselmans, Jean Muris, Trudy van der Weijden

Samen Beslissen is een competentie die de aios tijdens de huisartsopleiding moet ontwikkelen. Het vraagt om een complexe integratie van medische expertise, evidence en patiëntvoorkeuren in de communicatie tijdens het consult. Deze nascholing laat zien hoe de aios zich in de huisartsenpraktijk kan bekwamen in Samen Beslissen en op welke manier de opleider dit leerproces kan ondersteunen.

Binnen de kernwaarden van de huisartsenzorg neemt Samen Beslissen een belangrijke plaats in, wat de groeiende inbreng van de patiënt in de spreekkamer weerspiegelt.^{1,2} De huisartsenpraktijk is bij uitstek de plek om Samen Beslissen te leren toepassen. De aios komt hier in aanraking met een verscheidenheid aan contexten: patiënten, hun klachten en gerelateerde diagnostische en behandelopties. Uitdagende consultsituaties zetten de aios aan tot reflectie op het eigen handelen. In combinatie met feedback van de opleider tijdens het leergesprek wordt de aios gestimuleerd om te gaan experimenteren met verschillende gedragingen in de spreekkamer.³

CASUS LEERGESPRAK

Tijdens een leergesprek bekijken de aios en opleider een consultopname met mevrouw P. (62 jaar). Ze kampt met ongewild urineverlies. De aios stelt de diagnose stressincontinentie en geeft aan dat er volgens de NHG-Standaard Incontinentie voor urine bij vrouwen verschillende behandelopties zijn. Ze stelt voor om te starten met bekkenbodemspieroefeningen, waar mevrouw mee instemt. Tijdens de nabespreking vraagt de opleider hoe de aios het Samen Beslissen vond gaan. De aios is tevreden, omdat patiënte het eens was met het beleid.

LEREN VAN SAMEN BESLISSEN TIJDENS DE OPLEIDING

De aios wordt opgeleid volgens het Landelijk Opleidingsplan Huisartsgeneeskunde. Dat opleidingsplan beschrijft de competentieontwikkeling in 10 thema's met bijbehorende kenmerkende beroepsactiviteiten (KBA's).⁴⁻⁶ KBA's zijn concrete gedragsbeschrijvingen van de meest voorkomende (klinische) taken in de huisartsenpraktijk, en daarom geschikt voor observatie en feedback.^{7,8} Samen Beslissen is hierin opgenomen, maar het concrete gedrag dat hiervoor nodig is, wordt in het



Het effectief leren toepassen van Samen Beslissen vraagt om voortdurende afstemming tussen wat de patiënt nodig heeft en welke vaardigheden dit van de aios vraagt.

Foto: Shutterstock

DE KERN

- Het leren toepassen van Samen Beslissen vindt groten-deels plaats in de huisartsenpraktijk.
- De opleider heeft een belangrijke functie als rolmodel en klankbord, en faciliteert het leerproces van de aios door observatie, evaluatie en reflectie.
- Gedragsbeschrijvingen kunnen helpen om Samen Beslissen op maat in te zetten, en ondersteunen bij de evaluatie en het geven van gerichte feedback.

opleidingsplan niet nader uitgewerkt. Om duidelijk te maken wat Samen Beslissen in de spreekkamer precies inhoudt en op welke manier het in de praktijk wordt vormgegeven, zou dat gedrag wel duidelijk omschreven moeten worden.⁷⁻⁹ Daarom hebben we 4 fasen van Samen Beslissen beschreven [**infographic**].¹⁰ We deden een Delphi-consensusonderzoek met experts in Samen Beslissen, medisch onderwijs en huisartsgeneeskunde. Eerst maakten we met behulp van literatuur, interviews en een bijeenkomst met onze adviesgroep beschrijvingen van concreet gedrag voor Samen Beslissen. Vervolgens beoordeelden de experts deze gedragsbeschrijvingen op hun waarde voor het onderwijs en de praktijk. Na 3 rondes was er consensus over 4 fasen met bijbehorende gedragsbeschrijvingen. De fasen beschrijven het proces van Samen Beslissen, dat verspreid over meerdere consulten kan plaatsvinden en wordt afgestemd op de context. De fasen en gedragsbeschrijvingen kunnen worden ingezet om het leerproces van de aios te ondersteunen, en zijn niet als een afvinklijst of toetsinstrument bedoeld.

GEDRAGSBESCHRIJVINGEN ONDERSTEUNEN LEERPROCES

De opleider zal de aios regelmatig observeren, direct gedurende een spreekuur of via consultvideo's tijdens het leergesprek. Samen met de aios kan de opleider evalueren hoe het proces verloopt en de aios bewust maken van het belang van Samen Beslissen.^{3,11-14} De gedragsbeschrijvingen ondersteunen de evaluatie van het huidige gedrag en het geven van gerichte feedback aan de aios [**infographic**].¹ Naast reflectie op de onderliggende attitude van de aios worden zo hiaten in kennis en vaardigheden zichtbaar gemaakt. De aios wordt vervolgens gestimuleerd om leervragen te formuleren en plannen te maken om nieuw gedrag te gaan uitproberen [**online kader 1**].

DE OPLEIDER ALS ROLMODEL

Door een gebrek aan werkervaring heeft de aios vaak nog weinig terugkoppeling ontvangen van patiënten. Mogelijk ervaart deze hierdoor minder urgentie om Samen Beslissen te leren. Een bespreking met de opleider kan de aios bewust maken van de betekenis van Samen Beslissen en de toegevoegde waarde die het voor de patiënt heeft.

De opleider heeft als rolmodel veel invloed op de attitude van de aios.^{11,14-16} Het is essentieel dat de opleider het belang van

Samen Beslissen uitdraagt en deze competentie actief toepast in de eigen consulten. Wanneer de opleider moeite heeft met Samen Beslissen, kunnen opleider en aios hier een gedeeld leerdoel van maken. Daarnaast kan de opleider eigen ervaringen met Samen Beslissen delen. Om de aios optimaal te kunnen ondersteunen bij het leren van Samen Beslissen moet de opleider niet alleen didactische competenties bezitten, maar ook bereid zijn om de aios te coachen. Waarschijnlijk zal ook de opleider zich nog verder kunnen bekwamen. Er moet dan ook aandacht zijn voor het trainen van de opleider.

OMGAAN MET LASTIGE SITUATIES

Een meerderheid van de patiënten wil betrokken worden in de besluitvorming.¹⁷ De aios kan echter overtuigingen hebben die het toepassen van Samen Beslissen belemmeren.^{17,18} Zo kan de aios geneigd zijn slechts 1 optie aan te reiken, omdat ze zich verantwoordelijk voelt voor de keuze die de patiënt maakt of vindt dat ze als dokter moet weten wat het beste is voor de patiënt.^{18,19} Wanneer een patiënt door beperkte gezondheidsvaardigheden of emoties de gevolgen van keuzen niet goed kan overzien, kan de aios geneigd zijn hem of haar niet in de besluitvorming te betrekken. De opleider en de aios kunnen samen kijken wat de aios in deze lastige situatie kan doen. Ze kan bijvoorbeeld de doelen en waarden van de patiënt achterhalen en dieper ingaan op de uitvoerbaarheid en haalbaarheid van de opties. Dit leert de aios om de gedragsbeschrijvingen voor Samen Beslissen in te zetten alsof het schuiven van een mengpaneel zijn: wat meer als de patiënt wil en kan meebeslissen, wanneer de aard van de beslissing dit toelaat en als er meerdere opties zijn.²⁰ Andere uitdagende situaties ontstaan bij patiënten die een duidelijk verzoek hebben of zich juist passief opstellen ('zeg u het maar, dokter'). Dan moet de aios eerst met de patiënt bespreken wat het doel van Samen Beslissen is en hoe de gezamenlijke besluitvorming verloopt. Ook komt het voor dat de aios zelf een duidelijke voorkeur voor een bepaalde optie heeft. De aios kan in zo'n geval kijken naar de herkomst van deze voorkeur en de gevolgen ervan voor de patiënt. Ook omgaan met tijdsdruk kan lastig zijn. Dan is het goed om na te gaan of het besluit wel in 1 consult genomen moet worden en hoe wél rekening kan worden gehouden met de voorkeuren van de patiënt.¹⁸

VERVOLG CASUS LEERGESPREEK

De opleider vraagt of de aios heeft verteld dat de keuze samen gemaakt kan worden, en of de patiënte wil meedenken. De aios heeft dit niet gedaan en ging ervan uit dat de patiënte dit wel zou begrijpen omdat de aios aangaf dat er verschillende opties zijn. De opleider vraagt hierop door, waarna de aios tot het inzicht komt dat dit slechts een aanname was.

De opleider vraagt de aios naar de behandelopties bij stressincontinentie. De aios heeft ze niet allemaal paraat en pakt de NHG-Standaard erbij. Ze noemt bekkenbodemspieroefeningen, pessarium, midurethraalbandje en afwachtend beleid met eventueel opvangmateriaal. Ze bespreken de praktische toepassing van deze opties en de effecten ervan voor de patiënte. De opleider vertelt over haar eigen ervaringen. De aios neemt zich voor deze opties tijdens een vervolgsessie te bespreken.

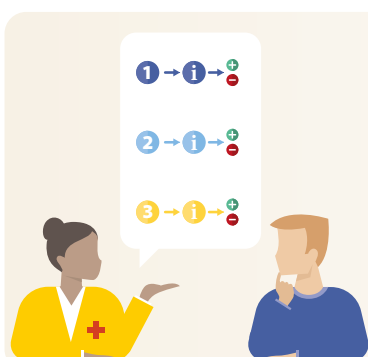
Overzicht van de fasen en bijbehorende gedragsbeschrijvingen voor Samen Beslissen

De zorgverlener ...



... bespreekt de wenselijkheid om samen te beslissen met de patiënt

- benoemt dat er sprake is van een situatie waarin **Samen Beslissen wenselijk** is omdat er een **keuze** voorligt
- geeft uitleg over **het doel** van Samen Beslissen en de **wijze waarop** dit proces plaatsvindt
- verheldert het **perspectief** (ideeën, zorgen en verwachtingen) en de **persoonlijke doelen en waarden** van de patiënt
- **coacht** de patiënt tijdens het besluitvormingsproces om diens **overwegingen** te blijven verwoorden, steeds rekening houdend met het **intellectuele niveau** en de **gezondheidsvaardigheden** van de patiënt



... bespreekt de opties voor het beleid met de patiënt

- bespreekt de **relevante opties** voor het beleid (inclusief expectatief beleid) gebaseerd op **up-to-date kennis** over de opties en beschikbare **evidencebased** richtlijnen en aanbevelingen
- stemt de **minimaal noodzakelijke informatie** over de opties af op de **informatiebehoefte**, het perspectief en de persoonlijke doelen en waarden van de patiënt
- geeft **heldere, objectieve en gestructureerde informatie** over de opties; bespreekt per optie de **behandellast** en de kansen op **positieve en negatieve uitkomsten**
- gebruikt of verwijst naar beschikbaar evidencebased **voorlichtings- en adviesmateriaal** (bijvoorbeeld Thuisarts.nl, keuzehulpen) ter **ondersteuning** van het besluitvormingsproces
- checkt hoe de informatie over de opties **begrepen en geïnterpreteerd** wordt, en geeft zo nodig tijd om de informatie te **overdenken**



... verheldert de voorkeuren en afwegingen van de patiënt

- verheldert de **beleving en voorkeuren** ten aanzien van de opties
- verheldert de **motivatie, uitvoerbaarheid en haalbaarheid** van de opties, rekening houdend met de **persoonlijke context** van de patiënt
- betreft informatie van **andere betrokkenen** (onder anderen hulpverleners en naasten) als dit voor de afweging van voorkeuren relevant is
- geeft een **samenvatting** van de **belangrijkste afwegingen** over de verschillende opties en toetst of deze **correct** is voor de patiënt



... neemt samen met de patiënt een gemotiveerd besluit

- stemt de **timing** van het besluit af op het **tempo van de patiënt**, rekening houdend met de mogelijke **medische urgentie**
- **neemt samen met de patiënt** een besluit op basis van de belangrijkste afwegingen
- toetst of de **patiënt achter het besluit staat** en bespreekt de **praktische consequenties** en verdere uitvoering van het besluit
- legt het **besluit** en de **motivatie** voor het besluit vast in het **patiëntendossier**

MEDISCHE KENNIS ONDERSTEUNT HET LEERPROCES

Een kennishiaat kan de aios onzeker maken over welke (ge-lijkwaardige) opties er zijn voor de aandoening van de patiënt, en hoe deze zich tot elkaar verhouden.¹⁸ De opleider kan de mogelijke opties met de aios bespreken door deze aan te reiken of de aios actief uit te dagen zelf alternatieven te bedenken. De

opleider kan ook helpen met het vertalen van de evidence over het effect en voor- en nadelen van de opties naar de individuele patiënt. NHG-Standaarden kunnen daarbij ondersteunen omdat ze steeds meer aandacht besteden aan Samen Beslissen.²¹ Ook keuzehulpen en -tabellen kunnen inzicht geven in de verschillende opties en de voor- en nadelen daarvan.²² Wanneer de

aios de besluitvorming uitstelt tot een vervolgconsult krijgt ze meer tijd om zich in de verschillende opties te verdiepen.

VERVOLG CASUS LEERGESPRAK

Tijdens een volgend leergesprek bespreekt de aios het vervolgconsult. Ondanks de bekkenbodemspieroefeningen blijft de patiënte last houden van ongewenst urineverlies. Na de hulpvraagverheldering vraagt de aios of de patiënte mee wil denken over de keuze. Dat wil ze wel. De opleider vraagt hoe de aios de opties besproken heeft, en of de patiënte daarmee voldoende geïnformeerd is om samen te beslissen. De aios heeft de patiënte verwezen naar Thuisarts.nl om de opties te overdenken. De opleider vraagt hoe de aios tijdens het volgende consult rekening gaat houden met de patiëntvoorkeuren. De aios vertelt dat ze geneigd is deze snel in te vullen voor de patiënt en vraagt hoe de opleider het zou aanpakken.

VOORBEELDZINNEN BIEDEN ONDERSTEUNING

De aios kan behoefte hebben aan concrete voorbeeldzinnen voor het toepassen van Samen Beslissen.^{11,14,15} De opleider kan dan specifieke zinnen aanreiken, bijvoorbeeld tijdens een rolspel of door zich te laten observeren tijdens een spreekuur [online kader 2]. Daarnaast kan de opleider de aios stimuleren zelf passende formuleringen te bedenken. De aios kan vervolgens voorbeeldzinnen selecteren om mee te oefenen, en te ervaren hoe de patiënt hierop reageert en of deze natuurlijk aanvoelen. Zo kan de aios leren haar taalgebruik steeds meer af te stemmen op de patiënt.

Voorbeeldzinnen zijn slechts een startpunt voor het op maat toepassen van Samen Beslissen. Ze kunnen afstemming op de patiënt ook belemmeren en onnatuurlijk consultgedrag in de hand werken. Het is van belang hier tijdens evaluaties alert op te zijn.

VERVOLG CASUS LEERGESPRAK

Nadat mevrouw P. weer op het spreekuur is geweest, vertelt de aios samen met de patiënte te hebben gekozen voor een verwijzing naar een gespecialiseerde bekkenfysiotherapeut. De opleider vraagt hoe ze tot dit besluit zijn gekomen. De aios vertelt enthousiast dat de patiënte na het lezen van Thuisarts.nl vragen had over de irritatie die een pessarium kan veroorzaken, en een duidelijke voorkeur uitte voor een niet-invasieve behandeling zonder bijwerkingen. De opleider vertelt regelmatig geneigd te zijn voor de patiënt te beslissen, vooral als ze de patiënt goed kent en veel ervaring heeft met een bepaalde optie. De opleider en de aios besluiten een gedeeld leerdoel te maken en tijdens een volgende leergesprek een casus van de opleider te bespreken.

CONCLUSIE

Bij het leren van Samen Beslissen fungeert de opleider als een belangrijk klankbord voor de aios. De opleider kan samen met de aios de toepassing van Samen Beslissen evalueren. Dit kan onderliggende belemmerende overtuigingen en hiaten in kennis en vaardigheden van de aios én opleider aan het licht brengen. Dat kan het formuleren van leerdoelen over Samen Beslissen stimuleren.

Het effectief leren toepassen van Samen Beslissen vraagt om voortdurende afstemming tussen wat de patiënt nodig heeft en welke vaardigheden dit van de aios vraagt. De dialoog tussen aios en opleider faciliteert die afstemming dankzij reflectie en feedback op consulten van de aios. De beschrijvingen van de fasen van het proces van Samen Beslissen en de bijbehorende gedragsbeschrijvingen ondersteunen het leerproces doordat ze een kader bieden voor Samen Beslissen tijdens het consult. ■

DANKWOORD

We danken Chris Rietmeijer (huisartsopleiding Amsterdam UMC locatie VUmc) voor zijn actieve betrokkenheid bij het beschrijven van de competenties voor Samen Beslissen als concreet gedrag.

LITERATUUR

1. NHG, LHV. Toekomstvisie Huisartsenzorg. Modernisering naar menselijke maat: huisartsenzorg in 2022. Utrecht: NHG, LHV, 2012.
2. Van der Horst H, Dijkstra R. Woudschoten 2019. Huisarts Wet 2019;9:19-22.
3. Giroldi E, Veldhuijzen W, Muris J, Bareman F, Bueving H, Van der Weijden T, et al. Vaardig communiceren: ervaringen van aios en opleiders. Huisarts Wet 2017;11:558-9.

De volledige literatuurlijst staat bij dit artikel op www.henw.org.

Baghus A, Timmerman A, Giroldi E, Henselmans I, Muris J, Van der Weijden T. Tips voor aiossen en opleiders over Leren van Samen Beslissen. Huisarts Wet 2021;64(7):25-8. DOI:10.1007/s12445-021-1174-3. Universiteit Maastricht, CAPHRI, Vakgroep Huisartsgeneeskunde, Maastricht: A. Baghus, aioto huisartsgeneeskunde, anouk.baghus@maastrichtuniversity.nl; dr. A. Timmerman, universitair docent; dr. E. Giroldi, universitair docent; prof. dr. J. Muris, hoogle-raar huisartsgeneeskunde; prof. dr. T. van der Weijden, hoogle-raar implementatie van richtlijnen in de geneeskunde. UMC, locatie AMC, Huisartsopleiding, Amsterdam: dr. I. Henselmans, universitair docent Medische Psychologie. Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.



Onderzoek van medisch onderwijs onmisbaar voor goede opleiding

Roger Damoiseaux, Anneke Kramer, Nynke Scherpbier

Het opleiden van huisartsen is net zoals dokteren een vak met een wetenschappelijke basis. Daarom wordt er onderzoek naar medisch onderwijs gedaan, dat bijvoorbeeld gericht is op interprofessioneel leren, docentprofessionalisering en toetsen. Een centrale conclusie uit dergelijk onderzoek is dat de ontwikkeling van de huisarts in spe het meest gebaat is bij het opdoen van klinische ervaring in de huisartsenpraktijk. De kwaliteit van deze ervaring blijkt bovendien voor een groot deel af te hangen van de rol van de opleider. De huisartsopleiding ontwikkelt zich op basis van nieuwe medische en onderwijskundige inzichten, en maatschappelijke ontwikkelingen. Willen opleidingen ook in de toekomst goede huisartsen afleveren, dan blijft onderzoek belangrijk.

Onderzoek van medisch onderwijs is net zo belangrijk voor de opleidingspraktijk als klinisch onderzoek voor de klinische praktijk is. Toch is er veel minder aandacht voor deze tak van onderzoek dan voor het klinische onderzoek. Het ultieme doel van onderzoek naar medisch onderwijs is het vergroten van de kennis en het begrip van leren en onderwijzen.¹ Dit kunnen we bereiken door fenomenen, mechanismen en relaties te onderzoeken: we kijken naar hoe en waarom iets werkt en voor wie.²

Onderzoek van medisch onderwijs heeft een specifieke aanpak. Denis Phillips, emeritus hoogleraar onderwijs aan de Stanford University, stelt dat het voor dit onderzoek bijna onmogelijk is om dezelfde voorspellende waarde als klinisch onderzoek te verkrijgen. Bij onderwijsprocessen hebben immers de context, de inbedding in complexe sociale systemen en de relevantie van alle variabelen (bekend en onbekend) een grote invloed.³ In het klinische onderzoek kijkt de onderzoeker met een positivistische bril: de waarheid is 1 objectieve werkelijkheid. Het klinisch onderzoek is dan ook vooral kwantitatief van aard. We kennen allemaal de *randomised controlled trial* (RCT) voor onderzoek naar het effect van een behandeling; het patiënt-controleonderzoek met de multivariate analyse om verbanden aan te tonen en zo te kunnen voorspellen, en de onderzoeken naar de waarde van diagnostische tests. Willen we medisch onderwijs onderzoeken, dan zullen we de complexe werkelijkheid van de opleidingspraktijk door verschillende brillen moeten bekijken. We willen begrijpen wat

er werkt en waarom. RCT's op zoek naar een geïsoleerd effect blijken in het algemeen niet geschikt.⁴ Zo liet bijvoorbeeld onderzoek naar het effect van communicatietraining in de palliatieve zorg in meerdere gecontroleerde trials geen verschil op patiënt- of doktersniveau zien.⁵ Wel werd in dit onderzoek duidelijk wat patiënten in deze fase belangrijk vonden.

Bij medisch onderwijs zijn er veel onbekende factoren, zoals verschillen tussen docenten, in de attitudes van de opleiders en tussen de ervaringen van aiossen. Daardoor wordt een verschil in een RCT meestal niet zichtbaar en is kwalitatief onderzoek hier veel meer op zijn plaats.

Elk opleidingsinstituut is betrokken bij onderzoek naar medisch onderwijs. In deze beschouwing bespreken we de ontwikkeling van het onderzoek van medisch onderwijs bij de huisartsopleiding. Om de toepassing van de resultaten van onderzoek naar onderwijs te laten zien, besluiten we met een voorbeeld. Dit betreft de aios-opleiderrelatie en dan vooral het belang dat deze relatie voor het verbeteren van het leerproces heeft.

ONTWIKKELINGEN IN ONDERZOEK NAAR ONDERWIJS OP DE HUISARTSOPLEIDING

Bij het onderzoek naar toetsen in de huisartsopleiding is duidelijk te zien hoe biomedische uitgangspunten een rol kunnen spelen. Er zijn toetsinstrumenten ontwikkeld alsof het diagnostische tests in klinisch onderzoek betreffen.⁶⁻⁸ Vervolgens werd daarbij gekeken hoe aiossen zich in de loop van de opleiding ontwikkelden, gemeten aan een betere uitkomst van de test.^{9,10} Deze onderzoeken zijn vooral kwantitatief van aard. Door recenter onderzoek weten we inmiddels dat een enkele zeer valide test weinig zegt over de hele ontwikkeling van een aios. Meerdere, mogelijk minder valide tests zijn nodig om een goed inzicht in die ontwikkeling te krijgen.¹¹ Steeds vaker maken onderzoekers nu gebruik van kwalitatief onderzoek en theoretische raamwerken om mechanismen te onderzoeken en te begrijpen.¹²⁻¹⁴ Zo kunnen ze gericht sturen om het leerproces te verbeteren. Voorbeelden van theoretische raamwerken zijn *boundary crossing*, de *activity theory* en *identity formation*.¹⁵⁻¹⁷

Zo onderzoeken we interprofessioneel leren bijvoorbeeld met de activity theory van Engeström. Hierbij gaan we opzoek naar fricties in de dagelijkse samenwerking (*activity systems*),

DE KERN

- Onderzoek van onderwijs is een vak apart en vergt een andere methodologie dan klinisch onderzoek.
- De huisartsopleiding in Nederland wordt steeds meer onderbouwd door onderzoeksresultaten.
- Onderzoek naar de rol van de opleider in het leerproces van de aios laat het belang van een goede aios-opleiderrelatie zien.
- Voor goed onderzoek van onderwijs is deelname van aiossen, opleiders en docenten een *conditio sine qua non*.

die tot leren kunnen leiden of dat juist belemmeren.¹⁸ Een andere manier van kijken naar interprofessioneel opleiden betreft *boundary crossing*: er valt juist veel te leren wanneer we de grenzen van ons eigen vak oversteken. Bij onderzoek naar docentprofessionalisering kijken we naar de dubbelrol van docent en clinicus aan de hand van de theorie van *boundary crossing* en *identity formation*. We gaan op zoek naar wrijving aan de grenzen van de 2 rollen om te kijken waar we kunnen ondersteunen. En we willen weten welke identiteit van de 2 rollen de boventoon voert, analoog aan de dubbelrol van de klinisch onderzoeker.¹⁹ Doordat we door deze verschillende brillen kijken ontstaat er meer inzicht in welke onderwijsmethode of situatie voor wie het beste werkt. Een bril kent natuurlijk ook zijn beperkingen: bij het leerproces spelen veel factoren een rol, die we nooit allemaal in beeld krijgen. Van daar dat een veelvoud aan brillen noodzakelijk is.

Onderzoek naar onderwijs wordt ook ingezet om de kwaliteit van de opleiding te verbeteren. De SBOH, de financier van de huisartsopleiding, ondersteunde het onderzoek de afgelopen jaren door jaarlijks 2 onderzoeken van onderwijspromotietrajecten te financieren. De [online tabel] toont welke onderzoeken de verschillende opleidingsinstituten op dit moment uitvoeren. Het betreft thema's op het gebied van competenties, organisatie en specifieke medische onderwerpen. Verschillende instituten werken samen, maar dat is niet zichtbaar in de online tabel.

Sinds een jaar is er een projectgroep Onderzoek van Onderwijs verbonden aan Huisartsopleiding Nederland, waarin elk instituut vertegenwoordigd is. De groep moet het nieuwe landelijke opleidingsplan een onderwijskundige onderbouwing geven en onderzoek naar lacunes entameren. Vervolgens stelt ze een onderzoeksagenda op, analoog aan de Nationale Onderzoeksagenda Huisartsgeneeskunde van het NHG.²⁰

EEN VOORBEELD: DE AIOS-OPLEIDERRELATIE

De huisartsopleiding is al 50 jaar gestoeld op leren in de praktijk, met een wekelijkse terugkomdag op het opleidingsinstituut. Aiossen blijven gemiddeld een jaar bij dezelfde opleider. Ook zonder onderzoek is het evident dat de relatie tussen aios en opleider de ontwikkeling van de aios zal beïnvloeden. Toch

is systematisch onderzoek naar deze relatie belangrijk, willen we het leerproces optimaliseren.

Het onderzoek naar deze relatie laat zien dat opleiders en aiossen verschillen in wat ze voor een goede relatie nodig hebben. Voor de aios betekent een goede relatie dat de opleider toegankelijk en snel beschikbaar is, openstaat voor de aios en interesse heeft in de persoon van de aios.^{13,21} Opleiders vinden het prettig als de aios open en transparant is over haar activiteiten en ontwikkeling als huisarts.²¹⁻²³ Een langdurige stage met een een-op-eenrelatie tussen aios en opleider draagt meer bij aan de vorming van een goede relatie dan een korte stage.²⁴ Ook tijd en aandacht voor leermomenten, zoals dagelijkse leergesprekken, en training van opleiders en aiossen die elkaar ondersteunen, hebben een positieve invloed op de relatie.²⁵ De aios-opleiderrelatie is van invloed op de mate waarin de aios zelfstandig patiëntenzorg kan bieden. Wil de aios een goede huisarts worden, dan is het belangrijk om zelfstandig patiënten te zien en te behandelen. Wanneer de relatie goed is, heeft de opleider meer zicht op hoe de aios functioneert. Daarmee kan ze beter inschatten of ze de aios zelfstandig aan patiënten kan toevertrouwen.²¹⁻²³ Voor de aios leidt een goede relatie tot meer vertrouwen in het eigen vermogen om zelfstandig te werken, omdat ze erop kan vertrouwen dat de opleider op tijd aan de bel trekt als het te ingewikkeld wordt of als de aios zichzelf dreigt te overschatten.¹³

Feedback, toetsing en beoordeling zijn essentieel voor een goed verloop van de opleiding van de aios. Ook hier is de relatie tussen de aios en opleider van invloed. In een goede relatie is de opleider gericht op de groei en ontwikkeling van de aios en durft de aios eerlijk te zijn over haar kennis en kunde.^{24,26,27} Daardoor heeft de opleider meer inzicht in de sterke en zwakke kanten van de aios, haar interesses en leerstijlen. Dit leidt tot leerzame feedback en een goede inschatting van de ontwikkeling van de aios.

Deze inzichten in het belang van een goede relatie helpen ons adequaat te reageren op ontwikkelingen in de huisartsenzorg. Nu steeds meer huisartsen parttime werken zien we ook vaker parttime- en duo-opleiders. Deze ontwikkeling kan de aios-opleiderrelatie onder druk zetten. Door in de uitwerking van het duo-opleiderschap expliciet aandacht te besteden aan het ontwikkelen van een goede relatie en de manier waarop die vormgegeven kan worden, krijgt de relatie de aandacht die deze verdient.

CONCLUSIE

Onderzoek naar onderwijs is een vak apart en vraagt om een andere aanpak dan klinisch onderzoek. De complexiteit van het onderwijsproces maakt het noodzakelijk om vanuit verschillende perspectieven te kijken. Vaak kan een kwalitatieve aanpak vanuit verschillende theoretische raamwerken zicht geven op het proces, om dat vervolgens te verbeteren. Belangrijke thema's zijn momenteel interprofessioneel leren in de praktijk en op het instituut, de rol van de opleider in het leerproces in de praktijk en de toetsmethode. Belangrijk is dat aiossen, opleiders en docenten bereid zijn om aan dit onderzoek mee te doen, om



De complexiteit van het onderwijsproces maakt het nodig om vanuit verschillende perspectieven naar onderwijs te kijken.

Foto: Shutterstock

zo te helpen de opleiding te verbeteren. Een kritische houding naar de opleiding zal nieuwe onderzoeksvragen oproepen. Het beantwoorden daarvan vormt vervolgens een uitdaging die we samen moeten aangaan. Daarin verschilt dit onderzoek niet van het klinische onderzoek in de huisartsenpraktijk. ■

LITERATUUR

1. Ringsted C, Hodges B, Scherpbier A. 'The research compass': an introduction to research in medical education: AMEE Guide no. 56. *Med Teach* 2011;33:659-709.
2. Wong G, Greenhalgh T, Westhorp G, Pawson R. Realist methods in medical education research: what are they and what can they contribute? *Med Educ* 2012;46:89-96.
3. Phillips DC. Research in the hard sciences, and in very hard 'softer' domains. *Educ Res* 2014;43:9-11.

De volledige literatuurlijst staat bij dit artikel op www.henw.org.

Damoiseaux RAMJ, Kramer AWM, Scherpbier N. Onderzoek van medisch onderwijs onmisbaar voor goede opleiding. *Huisarts Wet* 2021;64(7):29-31. DOI: 10.1007/s12445-021-1166-3. Universitair Medisch Centrum Utrecht, Julius Center for Health Sciences and Primary Care, Utrecht: prof. dr. R.A.M.J. Damoiseaux, hoogleraar huisartsgeneeskunde, hoofd huisartsopleiding, r.a.m.j.damoiseaux@umcutrecht.nl. Leids Universitair Medisch Centrum (LUMC), afdeling Public Health en Eerstelijngeneeskunde (PHEG), Leiden: prof. dr. A.W.M. Kramer, huisarts, bijzonder hoogleraar Huisartsgeneeskunde 'Onderzoek naar opleiden'. Radboudumc, afdeling Eerstelijngeneeskunde, Nijmegen: prof. dr. N. Scherpbier, hoogleraar opleiden voor interprofessionele en transmurale samenwerking, hoofd eerstelijnsvervolgopleidingen. Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.



Wat kunnen de medische vervolgoopleidingen van elkaar leren?

Paul Brand

Huisartsen en medisch specialisten werken op het gebied van patiëntenzorg dagelijks samen en de schotten in de patiëntenzorg tussen de eerste lijn en de ziekenhuiszorg worden geleidelijk afgebroken. Toch zijn de opleidingen van huisartsen en medisch specialisten nog vrijwel geheel gescheiden domeinen, waartussen nauwelijks uitwisseling en kruisbestuiving plaatsvindt. In dit artikel vergelijk ik de kenmerken van de huisartsopleiding en medisch specialistische vervolgoopleidingen met elkaar en laat ik zien wat beide opleidingen van elkaar kunnen leren.

Vanaf het begin in 1971 weerspiegelde de opzet van de huisartsopleidingen de ambitie voor het vak van huisarts. Men ging een nieuw soort dokter opleiden, die niet alleen oog zou hebben voor de ziekte, maar ook voor de zieke en diens psychische gesteldheid en maatschappelijke context. De opleiding zou bestaan uit een stage in de huisartsenpraktijk, een klinische stage en wekelijkse terugkomdagen, waarop de aiossen ervaringen konden delen en casuïstiek zouden bespreken. De huisartsen in de dop zouden medische verdieping krijgen aangeboden en worden begeleid bij de communicatie en samenwerking met de patiënt.¹ Die uitgangspunten zijn in 50 jaar niet wezenlijk veranderd: aan het einde van de inmiddels driejarige huisartsopleiding moet de huisarts voldoen aan een competentieprofiel waarin de aandacht voor de zieke mens nog altijd centraal staat.²

ONDERTUSSEN IN HET ZIEKENHUIS

De huisartsopleiding werd dus ingericht als een combinatie van praktijkonderwijs en cursorisch onderwijs op het instituut, met een stevige ondersteuning vanuit gedragswetenschappen en onderwijskunde. De medische vervolgoopleidingen in de ziekenhuizen waren echter tot de eeuwwisseling uitsluitend gestoeld op werkplekleren. Veel vliegreuen maken in het ziekenhuis, het vak geleidelijk leren door het zelf te doen en de kunst afkijken van de opleider. *See one, do one, teach one*. Rond de eeuwwisseling kwam vanuit Canada het CanMeds-model overwaaien, dat duidelijk maakte dat de moderne specialist meer in huis moest hebben dan alleen medische expertise. Daarop werd een begin gemaakt met scholing in andere competentiegebieden.^{3,4} Zo volgt inmiddels bijna elke aios in een medisch-specialistische vervolgoopleiding eenmalig een – vaak verplichte – cursus communicatie van 1 of 2 dagen. In 2012 werd voor alle medisch specialisten die zich in ziekenhuizen met de opleiding van aiossen bezighouden

een competentieprofiel gepubliceerd. Dat maakte duidelijk wat opleiders en leden van opleidingsgroepen moesten kennen en kunnen om aiossen te mogen opleiden (zoals constructief feedback geven, voorkomende werkzaamheden in de patiëntenzorg gebruiken voor het opleiden en effectief samenwerken in de opleidingsgroep).⁵ Daarmee kreeg de inmiddels op gang gekomen ‘docentprofessionalisering’ een formele basis: het opleiden van medisch specialisten in opleidingsvaardigheden.

VERGELIJKING VAN DE OPLEIDINGEN

De huisartsopleiding is als nieuwe opleiding voor een al lang bestaand vak indertijd *from scratch* opgezet, terwijl de medische vervolgoopleidingen in het ziekenhuis langzaam zijn geëvolueerd vanuit het werkplekleren. Dit verklaart wellicht waarom er nog steeds zulke grote verschillen zijn tussen deze 2 soorten opleidingen [tabel]. Ik zal laten zien dat de medisch-specialistische vervolgoopleidingen meer kunnen leren van de huisartsopleiding dan andersom, vooral wat betreft de onderwijskundige benadering.

Duur van de opleiding

Als eerste valt natuurlijk het verschil in opleidingsduur op. Het enige ziekenhuisspecialisme dat net als huisartsgeneeskunde gedurende 3 jaar opleidt is de opleiding tot spoedeisendehulparts. Anders dan in veel andere landen wordt de spoedeisende geneeskunde in Nederland niet erkend als medisch specialisme, maar slechts als een ‘profiel’. De erkende medisch-specialistische vervolgoopleidingen duren in Nederland 4 tot 6 jaar, iets langer dan het Europese gemiddelde.⁶ In het Opleidingsakkoord van 2013 is afgesproken om de duur van de medische vervolgoopleidingen in een aantal jaren geleidelijk met gemiddeld 6 maanden te verkorten.⁷ Ook na deze verkorting blijven specialistische vervolgoopleidingen langer duren dan de

huisartsopleiding, wat volgens mij ten onrechte de suggestie wekt dat het vak van medisch specialist moeilijker of complexer is dan dat van huisarts.

In het laatste decennium hebben aiossen in medische vervolgoopleidingen steeds meer vrijheid gekregen om vooral het laatste deel van hun opleiding naar keuze in te vullen met profilerings- en verdiepingsstages. Vaak maken aiossen in deze fase al een begin met een deelspecialisatie, zoals traumatologie of vaatchirurgie in de heelkunde en nefrologie of infectieziekten in de interne geneeskunde. In de huisartsgeneeskunde vindt een dergelijke profilering niet tijdens de opleiding plaats, maar pas later in de vervolgoopleidingen tot kaderhuisarts.⁸ Iedere huisarts doet in het tweede jaar een deel van de opleiding in een ziekenhuis. In de medisch-specialistische vervolgoopleidingen is geen verplichte stage in de huisartsenpraktijk ingebouwd. In de Scandinavische landen heeft de overkoepelende organisatie van huisartsen onlangs een pleidooi gehouden voor een verplichte stage eerstelijns geneeskunde gedurende 6 maanden voor alle artsen.⁹ In Nederland staan onderlinge uitwisseling en samenwerking tussen aiossen in de verschillende lijnen nog in de kinderschoenen.¹⁰

Leerpunten medisch-specialistische vervolgoopleidingen

De huisartsopleiding zit onderwijskundig veel professioneler in elkaar dan de medisch-specialistische vervolgoopleidingen. Terwijl de laatste uitsluitend bestaan uit werkplekleren met af en toe cursorisch onderwijs, besteedt de huisartsopleiding veel uitgebreider en systematischer aandacht aan reflectie op het eigen handelen en het ontwikkelen van de professionele identiteit. Dat zien we terug in de terugkomdagen, de bijdrage van de aios aan de 'productie' en de opleiding en nascholing van opleiders.

De terugkomdag

Aiossen huisartsgeneeskunde besteden elke week 1 hele dag aan cursorisch onderwijs, waarin ook intensieve scholing in patiëntgerichte communicatie en reflectie op hun professionele ontwikkeling plaatsvindt. Huisartsen (in opleiding)

zijn zich ervan bewust dat ze zich inzetten als instrument in de patiëntenzorg. Daarvoor volgen ze groepssupervisie, een effectieve methode om zichzelf beter te leren kennen in de uitvoering van hun beroep. Dat draagt bij aan de ontwikkeling van de professionele identiteit.¹¹ Ook in de medisch-specialistische wereld zet iedere dokter zich als instrument in, maar is er weinig tot geen aandacht voor reflectie op en scholing in de ontwikkeling van professionaliteit. Volgens de Federatie van Medisch Specialisten (FMS) moet de specialist anno 2025 aandacht hebben voor positieve gezondheid en preventie bij patiënten, in consulten samen beslissen met patiënten, binnen netwerken samenwerken met collega's en andere zorgprofessionals, en alles weten van e-health.¹² Dat kan alleen lukken met systematischer en vaker cursorisch onderwijs, en met georganiseerde systematische reflectie op het eigen professionele handelen op regelmatig voorkomende (bijvoorbeeld wekelijkse) terugkomdagen in de opleiding tot medisch specialist.

Bijdrage aan de 'productie'

In de huisartsgeneeskunde zijn aiossen in principe boventallig, toegevoegd aan de gebruikelijke formatie van huisartsen per normpraktijk. De opleiding is zo ingericht dat er tijdens praktijkdagen ook ruimte is voor de ontwikkeling van aiossen in de vorm van leergesprekken, themagesprekken, nabespreken van op video opgenomen consulten en observatiesprekken. Hoewel de aios ook in de ziekenhuiszorg als 'productieneutraal' geldt, is de overheersende indruk dat aiossen meer productie leveren dan ze in de vorm van opleiding en begeleiding terugkrijgen.¹³ Op veel ziekenhuisafdelingen is de bedrijfsvoering sterk afhankelijk van de inzet van aiossen, onder andere in de vorm van de landelijke beschikbaarheidsbijdrage die aan het ziekenhuis wordt uitgekeerd. Het voorgeschreven aantal feedback- en begeleidingsmomenten wordt vaak niet gehaald.¹⁴ Het opleiden van aiossen in communicatie, samenwerking en professioneel gedrag vinden medisch specialisten ingewikkeld.¹⁵

Er is veel voor te zeggen om ook in de medisch-specialistische

Tabel

Verschillen tussen de huisartsopleiding en de medisch-specialistische vervolgoopleidingen

	Huisartsopleiding	Specialistische vervolgoopleidingen
Duur van de opleiding	3 jaar	3 tot 6 jaar
Uitgangspunt	Focus op de zieke mens	Focus op de ziekte
Bijdrage aan 'productie'	Aios boventallig	Aios 'productieneutraal'
Supervisie van door aios geleverde patiëntenzorg	1 supervisor [opleider]	Veel supervisors, 1 formele opleider
Cursorisch onderwijs	Wekelijkse terugkomdag	Dagen of dagdelen, verspreid door het jaar
Aandacht voor ontwikkeling van professionele identiteit	Wekelijks tijdens terugkomdag; groepssupervisie	Alleen op werkplek, op initiatief van aios of supervisor
Training communicatie- en samenwerkingsvaardigheden	Wekelijks tijdens terugkomdag	Incidenteel [eenmalige communicatiecursus van 1 tot 2 dagen]
Profilering/deelspecialisatie	Pas na afronding van de opleiding	Tijdens laatste 1 tot 2 jaar van de opleiding
Zichtbaarheid/lobby	Versnipperd	Centraal [Federatie van Medisch Specialisten]
Wetenschappelijke status	Relatief bescheiden	Relatief sterk



Huisartsen en medisch specialisten in opleiding kunnen door intensievere samenwerking van elkaars sterke punten leren. Foto: ANP

vervolgopleidingen aiossen systematischer op te leiden in patiëntgerichte communicatie, zoals dat in de huisartsopleiding gebeurt. Ook dit zou een plek kunnen krijgen op terugkomdagen voor medisch specialisten in opleiding.

Opleiding en nascholing van opleiders

Het verschil in verplichte opleiding en opleidingskundige nascholing tussen opleiders in de huisartsenpraktijk en die in de ziekenhuiswereld is groot. Huisartsopleiders krijgen vanaf de start een gedegen opleiding om aan het competentieprofiel van huisartsopleider te kunnen voldoen, met een groot aantal scholingsactiviteiten en cursusdagen. Daarna blijven opleiders jaarlijks 8 dagen opleiding per jaar genieten. Een medisch specialist moet ten minste 1 *teach the teacher*-cursus van 1 of 2 dagen volgen om als lid van een opleidingsgroep te mogen functioneren. De opleider en plaatsvervangende opleider moeten nog 1 of 2 vervolgcursussen van 1 tot 2 dagen volgen. Opleidingskundige nascholing beperkt zich voor medisch specialisten tot 2 uur per 5 jaar. Dit is dan ook nog alleen maar een vuistregel, want formeel ligt er niets vast over verplichte bij- en nascholing van opleiders in opleidingsvaardigheden.

De medisch-specialistische vervolgopleidingen kunnen een voorbeeld nemen aan de wijze waarop de huisartsopleiding het vak van opleiden serieus neemt, en haar opleiders daarin traint en bijschoolt.

LEERPUNTEN VOOR DE HUISARTSOPLEIDING

De lobby van de FMS in Nederland is krachtig, waardoor medisch specialisten veel aanzien genieten en een grote mate van beroepstrots uitstralen. De centrale aansturing van de opleidingen via de FMS geeft slagkracht, bijvoorbeeld door het beleid rond de ontwikkeling van de opleiding te laten aansluiten op het Hoofdlijnenakkoord. Dat contrasteert met

de meer versnipperde bemoeienis met de huisartsopleiding van de LHV, het NHG, de Huisartsopleiding Nederland en de academische afdelingen Huisartsgeneeskunde.¹⁶ In alle opleidings- en onderwijsregio's in Nederland zijn inmiddels medisch specialisten benoemd tot hoogleraar met een opleidings- of onderwijsleerstoel. Dat draagt bij aan het aanzien en de wetenschappelijke basis van de medisch-specialistische vervolgopleidingen. Het sterke onderwijskundige profiel van de huisartsopleiding zou volgens mij aan status kunnen winnen door een toename van het aantal hoogleraren huisartsgeneeskunde met een opleidings- en onderwijsprofiel.

AANBEVELINGEN

De medisch-specialistische vervolgopleidingen zijn qua lobby en wetenschappelijke uitstraling sterker dan de huisartsopleiding. Maar de huisartsopleiding loopt qua onderwijskundige opzet, aandacht voor onderwijs in communicatie en professionele identiteitsontwikkeling, en in de opleiding en nascholing van opleiders mijlenver voor op de medisch-specialistische opleidingen. Een intensievere samenwerking tussen beide soorten opleidingen kan ertoe bijdragen dat ze meer van elkaars sterke punten leren. In deze tijd, waarin zorg zo veel mogelijk vanuit het ziekenhuis naar de eerste lijn wordt verplaatst, is een stage eerstelijns geneeskunde voor alle medisch specialisten in opleiding een logische ontwikkeling. Als terugkomdagen ook in de medisch-specialistische vervolgopleidingen worden geïntroduceerd zou een deel van het onderwijs op deze dagen ook gezamenlijk met huisartsaiossen kunnen worden gevolgd. Ook andere projecten waarbij aiossen van huisartsgeneeskunde en specialistische vervolgopleidingen samen optrekken kunnen bijdragen aan intraprofessioneel leren tijdens de opleiding. De tijd lijkt rijp om daar serieus werk van te maken. ■

LITERATUUR

1. Van Es JC. Een halve eeuw huisartsgeneeskunde. Van ambacht naar professie. Houten: Bohn Stafleu van Loghum, 2006.
2. Nederlandse Huisartsenvereniging, Huisartsopleiding Nederland, Landelijke Huisartsvereniging. Competentieprofiel van de huisarts. Utrecht: Nederlandse Huisartsenvereniging, Huisartsopleiding Nederland, Landelijke Huisartsvereniging, 2016.
3. Royal College of Physicians and surgeons of Canada. CanMEDS: better standards, better physicians, better care. Ottawa: Royal College of Physicians and surgeons of Canada, 2021.

De volledige literatuurlijst staat bij dit artikel op www.henw.org.

Brand PLP. Wat kunnen de medische vervolgopleidingen van elkaar leren? Huisarts Wet 2021;64(7):32-4. DOI:10.1007/s12445-021-1165-4.
Isala Academie, Zwolle/Wenckebach Instituut voor Onderwijs en Opleiding, UMC Groningen, Groningen: prof. dr. P.L.P. Brand, kinderarts, p.l.p.brand@isala.nl.
Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.



Lopend onderzoek

Innovatie huisartsopleiding LUMC

Iris Meljes

De huisartsopleiding van het LUMC in Den Haag experimenteert met een andere opzet van de tweede fase van de opleiding. Die tweede fase bestaat uit de stages ggz en chronische zorg, plus het derde opleidingsjaar in de huisartsenpraktijk. Tijdens het experiment worden aiossen gedurende 18 maanden in 1 opleidingspraktijk ondergebracht, waarbij ggz en ouderenzorg nadrukkelijk onderdeel van de opleiding uitmaken. De innovatie berust op 2 pijlers: zelfsturing van het leren en wijkgericht werken.

In een snel veranderende wereld, waarin vanzelfsprekend ook het huisartsenvak verandert, zijn levenslang lerende professionals nodig. Daarnaast ervaren aiossen het formele onderwijs als te veel gestuurd vanuit het instituut en te weinig gericht op hun ervaringen in de praktijk. Daarom is innovatie nodig. In dit onderwijsinnovatieproject worden aiossen gestimuleerd om op basis van hun eigen leerwensen – binnen de landelijke kaders zoals thema's en verplicht aantal terugkomdagen – hun terugkomdagonderwijs zelf te organiseren, gebaseerd op de principes van zelfsturend leren. Zij kunnen gebruikmaken van het bestaand terugkomdagonderwijs, maar ook van andere vormen van onderwijs. Er is een tutor die de aiossen en opleiders begeleidt. Opleiders geven eveneens zelf vorm aan hun onderwijs, al dan niet in overleg met de aiossen. Ook kunnen koppels aios-opleider samen onderwijs volgen en het geleerde in de praktijk implementeren.

Ouderenzorg en ggz vinden steeds meer plaats in de eerste lijn en daarom zijn de leermogelijkheden daarvoor in de huisartsenpraktijk volop aanwezig. Actuele thema's zoals preventie, wijkgericht samenwerken en proactieve populatiegerichte zorg krijgen daarbij veel aandacht. De uitdaging is dat de aiossen samen met hun huisartsopleiders interdisciplinaire leertrajecten vormgeven die passen bij deze thema's, de kenmerken van de huisartsenpraktijk en de wijk.

Vanaf 2017 zijn in totaal 3 groepen van elk 7 à 8 aiossen gestart en in september 2021 wordt het project afgerond. Onderzoekers volgden de aiossen in het project met halfjaarlijkse semigestructureerde groepsinterviews. Op dit moment analyseren zij de data. De resultaten van het evaluatieonderzoek worden in de loop van 2021-2022 gepubliceerd. ■

LITERATUUR, AUTEURSGEGEVENS EN INTERVIEWS

De literatuurlijst, auteursgegevens en een link naar opgenomen interviews over dit project staan bij dit artikel op www.henw.org.

Column Ontwrichting 50e levensjaar

Geen verloren jaar



Matthijs Limpens, hoofd Huisartsopleiding Maastricht

Een cyberaanval op de universiteit van Maastricht. Dat was mijn start als hoofd van de Huisartsopleiding in januari 2020. In februari leek alles weer normaal. In maart kwam

corona: 2020 was een jaar dat heel anders verliep dan ik had gedacht. Vervelend? Ja. Maar het was niet alleen maar kommer en kwel. Veel is niet gelukt, veel ook wel. Zoals snel overgaan op online onderwijs. De docenten faciliteren. Veel bellen, zoomen, mailen, overleggen. Niet alleen met de planners, opleiders en mensen op de stageplaatsen, maar ook met de hoofden van alle huisartsopleidingen. Huisartsen opleiden kan niet alleen maar online plaatsvinden. Het leren van consult-, communicatie- en medische vaardigheden moet fysiek gebeuren. Het zijn de kernactiviteiten van een huisarts. Zodra het mocht, zijn we dat dus direct weer gaan doen. Met kleine groepen en in aangepaste lokalen. Ook dat is gelukt. Nu we weer dicht zijn, kijk ik uit naar het moment dat we het deelonderwijs opnieuw kunnen opstarten.

Daarnaast is het gelukt om de aiossen een volwaardige opleiding te geven, ook al heeft deze lichting andere dingen geleerd dan andere lichtingen. Ze hebben voluit meegedaan in de coronabestrijding, in de huisartsenpraktijken en op stageplaatsen. Waren er op een stageplaats te weinig patiënten, dan vroegen aiossen zelf om herplaatsing naar de frontlinie, de ic's en de SEH's. Wij konden dat faciliteren. Dat vind ik waardevol.

Het is zonde om straks, na deze coronacrisis, gewoon weer over te gaan tot de orde van de dag. Dus verzamelen we leerpunten bij onderwijsontwikkelaars en docenten. Wat is waardevol? Wat moeten we niet verliezen? Deels kan het onderwijs prima online plaatsvinden, net als blended learning. Informatieoverdracht gaat goed via Zoom. Maar Zoom leent zich minder goed voor creativiteit, nadenken, filosoferen en discussiëren. Die scheiding gaan we straks maken. Een zakelijk overleg doe je thuis, een heidag of brainstormsessie fysiek met anderen op locatie.

Het was een bijzonder, maar zeker geen verloren jaar. Niet voor mij en niet voor de aiossen. ■



De opleidingsdriehoek in beeld

Frank van Wijck, Rick van Uum

De aios moet de basiskennis opdoen die het mogelijk maakt om het vak als huisarts te kunnen uitoefenen. De opleiding moet daarnaast ook ruimte bieden voor persoonlijke ontwikkeling en dus voor individuele accenten in de aan te leren competenties. Dat vergt het nodige van de 3 partijen die betrokken zijn bij de opleiding: de aios, de opleider en de docent. Soms wringt dat.

Christiana Schoemaker, aios en voorzitter van de LOVAH, vindt dat ze met haar opleiding niet te klagen heeft. 'De zaken rond de opleiding zijn best goed geregeld,' zegt ze. 'Medisch specialisten in opleiding kijken soms met enige jaloezie naar de ruimte die wij krijgen voor persoonlijke ontwikkeling en naar de begeleiding die we krijgen. Natuurlijk zie ik ook verbeterpunten. Je bent als aios afhankelijk van de opleider die je in je praktijkmomenten beoordeelt en via de LOVAH horen we dat er binnen onze opleiding sprake is van regionale verschillen.' Deze punten vormen een mooie basis voor een driege-

sprek tussen Schoemaker, huisartsenopleider Jaap Wynia, tevens voorzitter van Landelijke Huisarts Opleidings Vereniging, en docent huisartsgeneeskunde Renée Weersma. Het gesprek vindt plaats aan de hand van 4 thema's: 1) de samenwerking tussen aios, huisartsenopleider en docent, 2) de aios als individu, 3) de opleiding als voorbereiding op het vak huisarts en 4) de toekomstbestendigheid van de opleiding.

'Je leert als aios vandaag over een vak dat morgen alweer anders is'

Thema 1 Samenwerking

In de samenwerking tussen de aios, de opleider en de docent staat de verhouding tussen de opleider en de aios centraal, stelt Schoemaker. 'In het kader van veilig opleiden heeft die verhouding de laatste jaren beslist meer aandacht gekregen,' zegt ze, 'maar je bent als aios natuurlijk nog steeds afhankelijk van de opleider in wiens praktijk je komt. De docent staat meer op afstand, maar is de verbindende tussen opleider en aios.' De opleider staat inderdaad het dichtst bij de aios, stelt Wynia. 'De aios is 3 of 4 dagen per week bij je in de praktijk. Je hoort natuurlijk wel van je patiënten terug hoe een aios het doet, maar je hebt zelf ook een belangrijke rol. Je bent als opleider eigenlijk een extra goed opgeleide huisarts, zodat je de aios actief kunt begeleiden en enthousiasmeren. Meestal gaat dat goed en ontstaat een mooie samenwerking en leeromgeving. Maar als de relatie moeizaam is, of de opleider het vak een beetje beu is, is een jaar een lange tijd.'

Weersma begeleidt eerste- en derdejaars aios. 'De zorg voor interactie tussen opleider en aios is gedurende de opleiding een belangrijke taak,' zegt ze. 'Daarin wil je als docent een spiegel zijn voor beiden. Wat Christiana zegt over verschillen herken ik. Je treft het als aios niet altijd



Foto: Margot Scheerder

Christiana Schoemaker is aios en sinds juli 2020 voorzitter van de LOVAH.

met je opleider. En als opleidingsinstituut is het een uitdaging om daarin bij te sturen. Het vak van opleider leer je niet in 4 dagen, het vraagt 4 jaar in leergangen en voortdurende reflectie in de praktijk. Als het contact niet goed loopt of als je in elkaars allergie zit, is mijn boodschap aan zowel de aios als de opleider: bel de docent. Maar ik weet dat het moeilijk is. Soms

'Als aios moet je gebruik kunnen maken van het feit dat je boventallig bent'

heb ik het gevoel dat opleiders zich op hun vingers gekeken voelen of juist erg hun best gaan doen als ik op bezoek kom. Je kunt als docent in het spanningsveld komen te zitten tussen coach en beoordelaar, terwijl je er juist voor bent om een extra additioneel perspectief te bieden.'

Dit laatste herkent Schoemaker: 'In mijn eerste jaar had ik een onervaren opleider, dat liep wat stroef en de interactie werd merkbaar anders toen de docent langskwam. Een ervaren opleider ziet het bezoek van de docent als een leuk gesprek, een beginnend opleider is nog zoekend, net als ik. Mijn opleider werkte bovendien als solist, er was dus geen collega die gelijkwaardig feedback kon geven. Mijn pleidooi is daarom: plaats eerstejaars aios niet bij een solist.' Dat is met het gebrek aan opleiders niet zomaar haalbaar, reageert Weersma, maar het is zeker een waardevolle suggestie. 'We overwegen nu om digitaal vaker het driegesprek te voeren dan eenmaal per jaar of op het moment dat er problemen zijn,' zegt ze.

Thema 2 De aios als individu

Hoe wordt de persoonlijke, individuele ontwikkeling van de aios in het curriculum vormgegeven? 'We vinden niet dat we aios hoeven af te leveren die allemaal hetzelfde zijn,' zegt Weersma, 'dus medisch leiderschap of samenwerking in de praktijk zijn keuzevakken. Het curriculum biedt sinds een paar jaar meer ruimte om hierin zelf keuzes te maken.' Toch ligt daar ook een valkuil, vindt Schoemaker. 'In hoeverre is het mogelijk om je in het laatste jaar vakinhoudelijk en persoonlijk te ontwikkelen? Heb je bijvoorbeeld ruimte om mee te lopen met een kinderarts als je je wilt verdiepen in kindergeneeskunde? De opleiding vraagt om een individueel opleidingsplan, maar de vinkjes bij de competenties staan voorop. Ruimte creëren voor eigen invulling is niet altijd gemakkelijk en opleidingen zitten ook niet altijd te wachten op aios die willen differentiëren.'

Wynia kijkt hier nuchter tegen aan: 'De ruimte voor diffe-

rentiatie mag er alleen zijn als de aios de basiskennis goed op orde heeft. Afgezien daarvan is je vak in ontwikkeling zo lang je werkzaam bent. Wees dus niet te bang om jezelf soms te beperken. Wat je mist, leer je vervolgens in de praktijk wel.' Schoemaker laat zich hierdoor maar ten dele overtuigen. 'Ik heb geen last van *fear of missing out*,' zegt ze, 'maar ik wil wel zoveel mogelijk uit mijn opleiding halen en vraag me hierbij af hoe up-to-date het standaardpakket nog is. Het scheelt per regio hoeveel ruimte aios voor verdieping krijgen. Soms blijft het vrij oppervlakkig, in een terugkomdag. Al moeten aiosen die ruimte zelf natuurlijk ook nemen. Maar de ruimte om af te wijken van het standaardpakket die hiervoor nodig is – en waarvan het volgens de aios 'in the lead'-gedachte ook de bedoeling is dat je die neemt – is er toch echt niet altijd.' Weersma moet toegeven dit punt te herkennen en bij sommige aiosen ook wel als gemiste kans te ervaren.

Thema 3 De opleiding als voorbereiding op het vak

Wynia merkte eerder in het gesprek al op dat de huisarts na de opleiding nog veel gaat leren. Een stelling waarin Schoemaker zich wel kan vinden. 'Het zal ook sterk afhangen van de patiëntenpopulatie van de werkplek waar je terechtkomt,' zegt ze. 'Het is dus goed om rekening te houden met de vraag wat de huidige beroepsgroep, de aiosen en ook de patiënten willen van de toekomstige huisarts. Vraag gedurende de opleiding regelmatig aan aiosen hoe ze het vak na de opleiding willen vormgeven. De aandacht daarvoor is nu wel beter geregeld dan in het verleden, maar er zit toch altijd een vertraging in de implementatie van een gesignaleerde verbetermogelijkheid.'



Foto: Margot Scheerder

Renée Weersma is praktijkhoudend huisarts in Haarlem, huisartsbegeleider en stafid bij Amsterdam UMC, locatie VUmc. Verder is ze actief in adviesfuncties binnen de LHV, het NHG en de VVAA.



Foto: Margot Scheerder

Jaap Wynia is huisarts in Amsterdam en als opleider verbonden aan Amsterdam UMC, locatie AMC. Sinds december 2020 is hij voorzitter van de Landelijke Huisartsen Opleidings Vereniging.

Dat laatste snapt Wynia ook wel. 'Iedere huisarts is toch net weer een beetje anders en wil dus ook andere dingen bij de invulling van zijn vak,' zegt hij. 'Je kunt wel bedenken waarvoor je vindt dat we moeten staan als huisartsen – wat we van dat huisartsenvak willen dus – maar het duurt inderdaad echt wel een tijd voordat dit zijn weg vindt naar de opleiding.' Weersma knikt en zegt: 'Een bekend dilemma, misschien is het weer eens tijd het curriculum te herijken aan de hand van de nieuwe kernwaarden.'

Thema 4 Toekomstbestendigheid van de opleiding

Wat maakt een opleiding toekomstbestendig? 'De kern is vooral dat je aiossen opleidt tot een academisch werkniveau en tot kritisch denkende mensen,' vindt Wynia. 'Mensen dus die zelf de weg in de literatuur weten te vinden om op de hoogte te blijven van actuele ontwikkelingen in het vak zodat ze daarop kunnen anticiperen of bijsturen. Ik ben als huisarts opgeleid om zelf na te denken.' Dat vindt Weersma ook wel, maar ze voegt eraan toe: 'Er zijn maatschappelijke ontwikkelingen, digitalisering bijvoorbeeld, waarmee we in de opleiding toch echt iets moeten doen. Ook moeten we als huisartsen meer gaan samenwerken in netwerkgeneskunde. Dat is ook zo'n thema waarbij we aiossen moeten stimuleren om na te denken over de vraag welke rol ze daarin voor zichzelf zien weggelegd. En ook om ze te laten nadenken over efficiënte bedrijfsvoering. Je leert als aios vandaag over een vak dat morgen alweer anders is. Denk bijvoorbeeld aan de

opkomst van *digital first* huisartsenpraktijken of praktijken waarin assistenten geen rol meer spelen, omdat die niet meer te krijgen zijn. We leiden nu onze aiossen uniform op. Om op de veranderingen die we signaleren in te spelen, hebben we onder hen voortrekkers nodig, mensen met andere talenten en opvattingen over het vak. Daarvoor mag de opleiding wel meer ruimte bieden dan ze nu doet.'

Hierin kan Schoemaker zich helemaal vinden. 'Als opleiding moet je ruimte bieden aan aiossen die grote verbetertrajecten willen doen,' vindt ze. 'Dat moet je juist stimuleren. Maar in aansluiting op wat ik al eerder zei over differentiatie: ik vraag me af in hoeverre aiossen in het derde jaar ruimte krijgen om van elkaar te verschillen.' Dit is herkenbaar voor Weersma. 'Ook omdat opleiders niet altijd blij zullen zijn met een aios die 1 of 2 dagen per week met iets anders bezig is,' zegt ze. 'De basis blijft toch de patiëntenzorg.' Schoemaker werpt tegen: 'De opleidingspraktijk zou zo goed moeten zijn dat je als aios gebruik kan maken van het feit dat je boventallig bent. Dat kan de praktijk van de opleider ook wat opleveren.' Wynia: 'Daarop sluit ik dan weer aan met mijn al eerder gemaakte opmerking dat je als opleider een extra goed opgeleide huisarts moet zijn. Het is mooi als de opleider de aios boventallig kan laten zijn en de aios zo ruimte kan geven om zich te ontwikkelen. Wel vind ik dat er dan wat meer aan de waardering van de opleider mag worden gedaan.' Weersma ziet dit als een pleidooi om de opleiders zorgvuldiger te matchen met de aiossen, omdat de aios afhankelijk is van de opleider.

'Je bent als opleider eigenlijk een extra goed opgeleide huisarts'

Een laatste punt dan: vraagt het toekomstbestendig houden van de opleiding erom dat onderdelen uit de opleiding verdwijnen om plaats te maken voor nieuwe? 'Altijd een lastig punt,' zegt Weersma. 'Niemand durft daarover te beginnen, maar dat moet natuurlijk wel. Het zou mooi zijn als de aiossen de opleiding vanaf jaar 1 meer als een routekaart zien waarin ze meer eigen keuzemogelijkheden hebben. Dan stimuleer je de individualisering en dan hoeft er waarschijnlijk ook niets uit.' Dit maakt duidelijk dat een goede opleiding flexibiliteit vergt van de docent, de opleider en de aios. ■



De huisartsopleiding in een Europees perspectief

Roger Damoiseaux, Nele Michels, Nynke Scherpbier

Volgens de Europese regelgeving gelden huisartsendiploma's in de hele Europese Unie. Maar beschikken Europese huisartsen wel over dezelfde kennis en vaardigheden? En worden ze op een vergelijkbare wijze opgeleid? Wanneer Europese huisartsen in een ander land gaan werken, zullen ze over dezelfde competenties moeten beschikken. Kennis van huisartsopleidingen in andere Europese landen is dus belangrijk. Daarnaast kunnen de verschillen ons alert maken op *best practices* van opleidingen in andere landen, zodat we daarvan kunnen leren.

Binnen Europa geeft een registratie als huisarts de mogelijkheid om in andere Europese landen te werken.¹ Zo werken in het Verenigd Koninkrijk veel huisartsen die elders zijn opgeleid. In Nederland kennen we weinig grensverkeer van immigrerende huisartsen uit andere landen, wat waarschijnlijk met de taal samenhangt. Door het groeiende huisartsentekort zou ook bij ons het aantal immigrerende huisartsen kunnen gaan toenemen. De vraag is dan of we goed zicht hebben op de competenties van deze huisartsen.²

We moeten weten wat de inhoud en duur van de verschillende Europese opleidingen zijn en zicht hebben op de wijze van beoordelen. Een ander belangrijk aspect is de positionering en taakstelling van de huisarts in de verschillende landen.³ Het is aannemelijk dat deze invloed hebben op een opleiding die vooral in de praktijk plaatsvindt.

Om meer inzicht te krijgen in de inhoud van de verschillende huisartsopleidingen hebben we de richtlijnen en het beoordelingskader bekeken die opgesteld zijn door EURACT (European Academy of Teachers in General Practice/Family Medicine), de Europese organisatie die zich inzet voor het opleiden in de huisartsgeneeskunde.^{4,5} Aan de hand van deze richtlijnen gingen we na hoe de verschillende landen invulling geven aan deelaspecten die we aantreffen in de schaarse vergelijkende literatuur over huisartsopleidingen in Europa, websites van EURACT en websites van opleidingen van enkele individuele landen. Daarnaast hebben we gebruikgemaakt van onze eigen ervaringen met Europese huisartsopleidingen.

INHOUD VAN DE HUISARTSOPLEIDING

Europese landen en huisartsopleidingen kunnen zich richten op de Educational Agenda die EURACT in 2005 heeft opge-



Kennis van verschillende huisartsopleidingen in Europa is onvolledige voorhanden.

Foto: Unsplash

steld.⁴ Deze is gebaseerd op de WONCA-definitie voor huisartsgeneeskunde en de zogenaamde 'WONCA-tree' [figuur].⁴ De agenda noemt 12 specifieke kenmerken, die verdeeld zijn over 6 kerncompetenties: 1) *primary care management*, 2) *person-centred care*, 3) *specific problem-solving skills*, 4) *comprehensive approach*, 5) *community orientation*, en 6) *holistic modelling*. Bovendien is de huisartsdiscipline gebaseerd op wetenschappelijk onderzoek, de context van het zorgsysteem en correcte professionele attitudes.

Ondanks deze richtlijnen verschillen de huisartsopleidingen in de Europese landen flink van elkaar wat betreft het aanbod. Bovendien is huisartsgeneeskunde nog niet in alle landen als een specialistische discipline erkend. Om hier meer eendui-

DE KERN

- De context van de huisartsgeneeskunde is verschillend in de Europese landen.
- De opleidingen in de verschillende Europese landen verschillen van elkaar.
- Een registratie als huisarts in een land van de Europese Unie is in alle landen van de Unie geldig.
- Kennis van de verschillen in de Europese huisartsopleidingen is belangrijk wanneer huisartsen uit andere Europese landen in Nederland komen werken.
- Kennis van andere opleidingen geeft ook kansen voor kwaliteitsverbetering van de eigen opleiding.

digheid in te creëren en Europese huisartsopleidingen naar een hoger niveau te tillen, formuleerde EURACT in 2018 'onderwijskundige richtlijnen'.⁶ Deze gaan in op algemene principes, zoals studentgerichtheid, werkplekleren, het belang van reflectie en leerdoelen, en het opzetten van een veilige leeromgeving. Bovendien is er aandacht voor les- en trainingsmethoden, en kunnen opleidingen gebruikmaken van een toolbox met *good practices*.

In sommige Europese landen moeten nog flinke stappen gezet worden richting een volwaardige huisartsgeneeskunde. Anderzijds zien we ook dat er meer aandacht is voor een gedegen huisartsopleiding en de relevante onderwijskundige principes. Denk daarbij aan het expliciet gebruiken van competentieraamwerken, zoals de WONCA-definitie en WONCA-tree in Ierland, Turkije, Hongarije en Zwitserland, en de interesse voor EURACT en internationale en lokale *teach-the-teachers*-cursussen in bijvoorbeeld Portugal, Oekraïne, Litouwen, Malta en Georgië.

Er wordt ook gepleit voor een vernieuwing van de huidige

WONCA-definitie en het competentieraamwerk. Nieuwe tijden vragen om nieuwe waarden en normen, en de daarmee gepaard gaande competenties voor de huisarts. Scandinavische landen en ook Nederland spelen hierbij een belangrijke voortrekkersrol. In 2019 werden de nieuwe kernwaarden en daaraan gekoppelde kerntaken huisartsenzorg voor Nederland opgesteld (project Toekomst Huisartsenzorg – Herijking kernwaarden en kerntaken).⁷

DUUR EN CONTEXT VAN DE HUISARTSOPLEIDING

Huisartsopleidingen binnen de EU duren minimaal 3 jaar (Nederland) tot maximaal 6 jaar (Finland).⁸ Er gaan veel stemmen op om de opleiding te verlengen tot minimaal 4 jaar, waarmee de huisartsgeneeskunde naar een hoger plan zou worden getild. De vraag is of er niet meer te winnen is met het verhogen van de effectiviteit van het (praktijk)leren.⁹ Bedenk bovendien dat de hoeveelheid tijd die aiossen daadwerkelijk in de huisartsenpraktijk doorbrengen tijdens de opleiding varieert. In Oostenrijk bijvoorbeeld werken aiossen 2,5 jaar in het ziekenhuis en een half jaar in de huisartsenpraktijk. Het is onduidelijk wat dat betekent voor de competenties van deze huisartsen. Belangrijk is ook dat er tijdens de klinische stages een verbinding met de huisartsenpraktijk wordt gelegd. In Nederland wordt dat geborgd met terugkomdagen op het opleidingsinstituut. In Denemarken is de opleider uit het eerste deel van de opleiding ook betrokken bij de ziekenhuisstages doordat deze aan de hand van het portfolio mentorgesprekken houdt met de aios.

BEOORDELEN

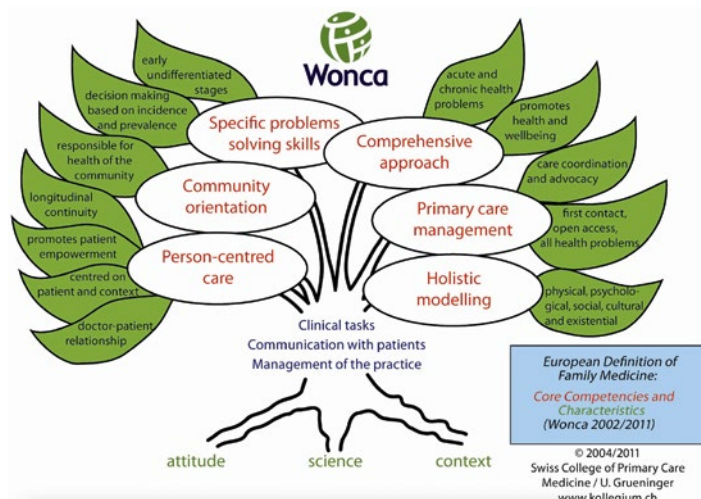
In 2015 heeft EURACT bepaald dat beoordelen een integraal onderdeel moet zijn van de huisartsopleiding, gericht op de ontwikkeling van de aios.⁵ Beoordeling moet plaatsvinden in een veilige omgeving en tot reflectie aanzetten. In veel landen wordt de aios gedurende de hele opleiding continu beoordeeld.¹⁰ In Duitsland is er alleen een afsluitend examen aan het einde van de 5-jarige opleiding.

De beoordeling vindt voor een groot deel plaats in de opleidingspraktijk en is in handen van de opleider. In Nederland werken opleiders aan de hand van de Competentie BeoordelingsLijsten (ComBeL), gebaseerd op het CanMEDS-model. Daarnaast zijn er de korte praktijkbeoordelingen. Dit is eveneens gangbaar in België, het Verenigd Koninkrijk, Denemarken en Polen.^{10,11}

Er zijn ook formele examens. In Nederland kennen we de Landelijke Huisartsgeneeskundige Kennistoetsen, de Kennis Over Vaardigheden-toets en de Maas-beoordeling voor de communicatie. We zien in lijn met de EURACT-verklaring ook steeds meer programmatisch toetsen, waarbij het selectieve oordeel na elke stage gestoeld is op de vele beoordelingen in de praktijk en op het instituut, en de formele toetsen. In België is er elk jaar van de opleiding een soort afsluitend examen waarbij in het eerste jaar een kennistoets en een vaardigheidentoets afgenomen wordt, in het tweede jaar videoconsulten worden beoordeeld en de huisarts in het derde jaar voor een beoordelingscommissie

Figuur

De WONCA-tree



met zelf ingebrachte casuïstiek zijn kennis moet etaleren. In België schrijven de huisartsen in opleiding ook een masterproef, een onderzoeksverslag dat beoordeeld wordt door een promotor, lector en jury. In het Verenigd Koninkrijk legt de aios een afsluitend examen af, dat bestaat uit een kennistoets, een vaardigheidentoets en een klinische beoordeling met simulatiepatiënten. Denemarken kent geen selectieve examens en daar moet beoordeling vooral het leerproces bevorderen.

BESCHOUWING

Binnen Europa zijn er ondanks gezamenlijke richtlijnen nog grote verschillen tussen de huisartsopleidingen. Wat de inhoud betreft is dit voor een deel verklaarbaar door de uiteenlopende invulling die aan de huisartsgeneeskunde gegeven wordt.³ Elk land zal ervoor willen zorgen dat de afgestudeerde huisarts in het eigen land kan werken. Omdat het praktijkleren centraal staat, kan dat ook geborgd worden. Landen met een sterke eerste lijn willen huisartsen die voldoende opgeleid zijn om in hun stelsel te kunnen functioneren en zullen hun opleiding hierop inrichten. De lengte van de opleiding zegt waarschijnlijk weinig over de kwaliteit ervan.⁸ In een aantal landen zijn de ziekenhuisstages langer dan de huisartsstages. De vraag is of de aios in het ziekenhuis de competenties leert die belangrijk zijn voor de huisartsenpraktijk. De beoordeling van aiossen is ook niet uniform. Evenmin is er duidelijk zicht op verschillen in de eindtermen. Toch is dit de basis waarop de kwalificatie van de aios op het einde van de opleiding berust.

Met de huidige tekorten aan Nederlandse huisartsen in bepaalde regio's is er een kans dat meer buitenlandse huisartsen zich in ons land willen vestigen. Die zullen dan voldoende gekwalificeerd moeten zijn als ze zich de Nederlandse taal eigen gemaakt hebben. De Registratiecommissie Geneeskundig Specialisten heeft hierin geen regulerende rol omdat het Europese diploma gewoon erkend moet worden. De zittende huisartsengroep zal hier dus over moeten beslissen. We zouden veel kunnen leren van Zweden, dat een zeer doorwrocht programma kent dat immigrerende huisartsen helpt bij het op niveau brengen van hun competenties. Engelse onderzoekers ontwikkelden een methode om huisartsopleidingen en contexten te vergelijken, en keken daarbij ook naar 4 niet-Europese landen.^{2,12} Ze wilden achterhalen welke extra training huisartsen van buiten Europa nodig hebben om in het Verenigd Koninkrijk als huisarts te kwalificeren. Ze gingen ervan uit dat Europese huisartsen al gerechtigd waren om in het Verenigd Koninkrijk te werken en dat een vergelijking niet nodig was. Gezien de verschillen binnen Europa zou deze methode ook voor opleidingen binnen Europa gebruikt kunnen worden. In Nederland zullen we moeten overwegen om een ingangstoets of inwerkprogramma te ontwikkelen als blijkt dat er meer buitenlandse huisartsen komen werken.

Wanneer we meer kennis van andere opleidingen hebben, kunnen we ook bekijken hoe we onze opleiding kunnen verbeteren. Van Denemarken kunnen we leren dat de eerste huisartsoplei-

der van het opleidingstraject ook betrokken kan blijven tijdens de ziekenhuisstages. Aan de hand van het portfolio kan deze laagfrequent een mentorgesprek met de aios houden. Een mooi voorbeeld van academisering binnen de huisartsopleiding is de masterproef in België. Een onderzoeksverslag dat je moet verdedigen voor een commissie geeft meer gewicht aan het scherper maken van de academische geest. De relatie met de praktijk moet dan wel geborgd zijn en het mag niet slechts een op zichzelf staande theoretische exercitie zijn. Evidencebased handelen vraagt ook om klinische ervaring uit de praktijk en inbreng van de patiënt. Wat het toetsen en beoordelen betreft zouden we ook naar Denemarken kunnen kijken. Daar zijn de selectieve toetsen losgelaten en staat het toetsen helemaal in het teken van het leerproces. Er zullen ongetwijfeld nog meer van deze best practices zijn. Om hiervan te leren zullen we op Europees niveau meer bij elkaar moeten gaan kijken.

CONCLUSIE

Kennis van de verschillende huisartsopleidingen in Europa is van belang om te kunnen bepalen of een huisarts uit een ander Europees land geschikt is voor de Nederlandse praktijk. Het kan ook helpen bij een kritische beschouwing en verbetering van de eigen opleiding. Deze kennis is onvoldoende voorhanden. Er moet onderzoek gedaan worden naar de manier waarop competenties in andere landen worden beoordeeld en hoe deze zo nodig kunnen worden aangevuld. Ook moet er vergelijkend onderzoek komen naar de inhoud van de verschillende curricula. ■

LITERATUUR

1. Europees Parlement. 2005. Richtlijn 2005/36/EG van het Europees Parlement en de Raad van 7 september 2005 betreffende de erkenning van beroepskwalificaties. <https://eur-lex.europa.eu>. Geraadpleegd op 21 oktober 2020.
2. Fletcher E, Sansom A, Pitchforth E, Curnow G, Freeman A, Hawthorne K, et al. Overseas GP recruitment: comparing international GP training with the UK and ensuring that registration standards and patient safety are maintained. *BJGP Open* 2019;3:bjgpopen18X101640.
3. Kringos D, Boerma W, Bourgueil Y, Cartier T, Dedeu T, Hasvold T, et al. The strength of primary care in Europe: an international comparative study. *Br J Gen Pract* 2013;63:e742-50.

De volledige literatuurlijst staat bij dit artikel op www.henw.org.

Damoiseaux RAMJ, Michels NRM, Scherpbier N. De huisartsopleiding in een Europees perspectief. *Huisarts Wet* 2021;64(7):39-41. DOI:10.1007/s12445-021-1161-8. Universitair Medisch Centrum Utrecht, Julius Center for Health Sciences and Primary Care, Utrecht: prof. dr. R.A.M.J. Damoiseaux, hoogleraar huisartsgeneeskunde, hoofd huisartsopleiding, rdamoiseaux@hotmail.com. Universiteit Antwerpen, Skills Lab en Centrum Huisartsgeneeskunde, Departement Family Medicine and Population Health, Faculteit Geneeskunde en Gezondheidswetenschappen, Antwerpen: dr. N.R.M. Michels, president EURACT. Radboudumc, afdeling Eerstelijns geneeskunde, Nijmegen: prof. dr. N. Scherpbier, hoogleraar opleiden voor interprofessionele en transmurale samenwerking, hoofd eerstelijnsvervolgopleidingen. Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.



De SBOH is meer dan alleen de werkgever van de aios

Patrick Marx

Al 32 jaar staat de SBOH de aios, hun opleiders en opleidingsinstituten bij met raad en daad. Als gezamenlijke werkgever van iedere aios regelt de SBOH alle arbeidstechnische aspecten van de opleiding. Daarnaast verdeelt ze geld voor onkosten onder opleiders en opleidingsinstituten. Aan de hand van enkele voorbeelden vertellen voorzitter van de Raad van Bestuur Kees Esser en manager externe zaken Hans Schmidt over de geschiedenis van de SBOH als partner van de 50-jarige opleiding tot huisarts.

Kees Esser herinnert zich de situatie voor de start van de SBOH nog goed. Hij was in de jaren '80 zelf in opleiding tot huisarts: 'De opleiding duurde 1 jaar en daarvoor kregen we een vergoeding van 20.000 gulden van het ministerie van VWS. De voorwaarde was wel dat je na je opleiding daadwerkelijk als huisarts ging werken, anders moest je de vergoeding terugbetalen. Halverwege de jaren '80 ontstond grote werkloosheid onder huisartsen. De pas opgeleide artsen kregen geen baan en moesten hun vergoeding dus terugbetalen, wat tot financiële problemen leidde. Omdat het ministerie van VWS dat niet wenselijk

vond, richtte ze in samenwerking met de zorgverzekeraars en de LHV de SBOH op. Vanaf 1989 leren de huisartsen hun vak in loondienst van de SBOH.'

Eén onderhandelaar

De keuze voor 1 loondienstorganisatie komt voort uit gemak. Het ministerie hoeft met maar 1 organisatie te onderhandelen in plaats van met 2000 huisartsen die ieder werkgever van hun aios zijn. Hans Schmidt noemt nog een belangrijk voordeel: 'Als de huisarts ook werkgever zou zijn, is de aios voor zowel zijn loon als zijn opleiding afhankelijk van 1 persoon. De aios kan nu met zijn arbeidstechnische problemen bij ons terecht. Mocht het echt niet klikken tussen aios en huisarts, dan kan het opleidingsinstituut de aios bij een andere opleider onderbrengen. De aios hoeft dus niet voor zijn opleiding te vrezen.'

Met deze aanpak is Nederland vrij uniek in de wereld. Alleen in het Verenigd Koninkrijk zijn de aios ook in loondienst van 1 organisatie, de NHS. Schmidt: 'In België betaalt de huisarts zijn eigen aios. In Duitsland en Denemarken worden huisartsen met name vanuit het ziekenhuis opgeleid.'

Groeistuipen

De SBOH groeit gestaag mee met de huisartsopleiding en dat gaat niet altijd even makkelijk. Esser: 'De opleiding groeide van 1 naar 2 naar 3 jaar. Vooral de laatste stap, van 2 naar 3 jaar, leverde een flinke financiële uitdaging op. De politiek ging akkoord met de verlenging, mits we die met het bestaande budget konden realiseren. Gelukkig zaten de ziekenhuizen in die tijd goed in de slappe was. Omdat de aios tijdens het tweede jaar productie draaien op de SEH, konden we de ziekenhuizen laten meebetalen voor de tijd dat de aios daar werkte.'

Rond 2010 signaleerde de SBOH dat meer en meer aios strandden tijdens hun tweede jaar en zelfs met hun opleiding stopten. Esser: 'De artsen vonden dat ze niet toegerust waren voor hun stage op de eerste hulp. Ze kwamen



Foto: Margot Scheerder

Kees Esser werkte 25 jaar als huisarts in Rotterdam en is voorzitter van de Raad van Bestuur van de SBOH.

er met 2 linkerhanden. Zonder adequate kennis en kunde werden ze soms al in hun eerste week in de nachtdienst ingedeeld. Samen met de opleidingsinstituten startten we daarom Schola Medica, een opleiding in Utrecht die deaios in 2 weken tijd voorbereidt op werken op de SEH. Het kostte ons veel moeite om de opleidingen te overtuigen van de noodzaak van Schola Medica. Ze moesten immers hunaios 2 weken missen.' Schmidt: 'Schola Medica is een succes, deaios komen graag. Twee jaar geleden hebben we Schola Medica kunnen verzelfstandigen.'

Mee-opleiden

Met de oprichting van Schola Medica is de SBOH een beetje op de stoel van de 8 opleidingsinstituten gaan zitten. Dit gebeurt vaker: ook als het om de bekwaamheid voor werken op de huisartsenpost gaat, maakte de SBOH extra scholing mogelijk.

Het is de ervaring van Esser dat de opleidingen niet rouwig zijn om de bemoeienis van de SBOH: 'Het gaat om 8 instituten binnen umc's met hun ingewikkelde organisatiestructuur en ook best ingewikkelde machtsverhoudingen. Ze zijn blij dat degene die het geld heeft het voortouw neemt.' De SBOH droeg daarnaast bij aan de academisering van de huisartsopleidingen. Schmidt: 'Om de kwaliteit van de huisartsopleiding in de toekomst te garanderen, is er voldoende wetenschappelijk kader nodig. Daarom stimuleren we dat ongeveer 10% van de huisartsen in opleiding promoveert.'

De huisarts investeert flink in de opleiding van deaios. Hoewel deaios altijd boventallig is in de praktijk, vormt de betaling voor geleverde productie een belangrijk bron van vergoeding voor de investering. De praktijk kan immers declareren voor elk consult of voor elke visite die deaios heeft uitgevoerd. Esser: 'We houden rekening met deze inkomsten bij de onkostenvergoeding die opleiders van ons krijgen. Bij de opleidingen tot medisch specialist gaat dat overigens heel anders. Daar hoeft het ziekenhuis niets te verrekenen met de geleverde productie. De Nederlandse Zorgautoriteit zal binnenkort uitspraak doen over de vraag of artsen tijdens hun vervolgopleiding productie draaien of niet.'

Uitdagingen

De huidige uitdagingen van de SBOH zijn vooral financieel van aard. In het verleden bouwde de stichting een flinke spaarpot op waarmee ze onder andere de beschreven projecten financierde. Die spaarpot komt nu in het geding. Esser: 'De Nederlandse Zorgautoriteit becijferde onlangs dat de productie die deaios levert behoorlijk groter is dan gedacht. Dit leidt tot een korting op ons bud-

get die we niet volledig doorberekenen aan de opleiders. We willen immers niet dat ze wegllopen. Daar komt nog bij dat we ons pensioenfonds liquideren en deaios lid worden van de Stichting Pensioenfonds Huisartsen. Ook deze overstap kost ons geld.'

De huisartsenopleiding viert zijn 50-jarige jubileum tijdens een flinke groeispurt. Het aantal op te leiden huisartsen stijgt in rap tempo richting 1000 personen per jaar. Voor die uitbreiding zijn kandidaten en opleiders nodig. Schmidt: 'Nog steeds vinden we genoeg kandidaten, gemiddeld 1,3 per opleidingsplek. Alleen: te weinig van hen willen buiten de Randstad werken. Daarom stimuleren we het initiatief voor dependances van de opleidingen in Eindhoven, Twente en Zwolle. We hopen dat de daar opgeleide huisartsen in de regio gaan werken.'

Toekomst

Toen de SBOH in 2004 zelf jubileerde en het derde lustrum vierde, vertelde de toenmalige directeur Tammoten Berge niet zeker te zijn dat de SBOH nog eens 15 jaar zal volmaken, omdat grote eerstelijnsconglomeraten zelf de werkgeversrol als opleider zouden opeisen. Bij huidige directeur Kees Esser leeft die vrees niet. 'De SBOH heeft tegenwoordig een veel grotere rol. Omdat de overheid onze aanpak fijn en transparant vindt, zijn we inmiddels werkgever van ook de artsen in opleiding tot specialist ouderengeneeskunde, verslavingsartsen, artsen verstandelijk gehandicapten en artsen Maatschappij + Gezondheid. Vandaar dat SBOH niet meer uitgeschreven wordt tot Stichting Beroepsopleiding Huisartsen. Bovendien zitten de huisartsen niet te wachten op alle verantwoordelijkheden die het werkgeverschap met zich mee brengt.' De SBOH lijkt na 32 jaar een blijvertje voor de opleiding tot huisarts. ■



Foto: Margot Scheerder

Hans Schmidt werkt sinds 2003 bij de SBOH. Hij is manager externe zaken.



Een academische houding moet je leren

Jean Muris, Roger Damoiseaux

Academisering van de huisartsopleiding moet ervoor zorgen dat de opleiding kritisch denkende huisartsen aflevert die verdergaan dan het aanbieden van geprotocolleerde zorg. Om dat vorm te geven is het gewenst de kloof tussen zorg, onderwijs en onderzoek te dichten. Hierdoor krijgen huisartsen meer relevante kennis tot hun beschikking en kunnen ze die kennis beter overdragen en ook toepassen op zowel klinische gebieden als onderwijsstaken. Een goede arts is, net als een goede onderzoeker, namelijk nieuwsgierig en stelt kritische vragen om vervolgens de klacht van de patiënt te verklaren en te verbeteren. Nieuwsgierigheid vormt de basis voor de academische houding van de huisartsopleider en aios.

In het Nederlandse zorgstelsel neemt de huisarts een vitale positie in. Daarom moet de huisartsopleiding nieuwe huisartsen afleveren die toegerust zijn om zorg te leveren in een sterk veranderende samenleving en gezondheidszorgorganisatie. De opleiding zal zich dan ook voortdurend moeten ontwikkelen en aanpassen aan vragen uit en veranderingen in het veld, en aan nieuwe wetenschappelijke ontwikkelingen. De meeste docenten, opleiders en aiosen beschikken over relevante klinische ervaring en een deel van hen heeft zelf onderzoek gedaan of meegewerkt aan richtlijnen, wat een academische houding en ontwikkeling stimuleert.¹ Kaderartsen kunnen onderwijs en onderzoek verbinden.

De afdeling Huisartsgeneeskunde speelt een rol bij het initiëren, ontwikkelen en implementeren van gewenste inhoudelijke en organisatorische veranderingen, waarmee ze die academische houding bevordert. Naar onze overtuiging is hiervoor toenemende investering in integratie

op het gebied van onderwijs, onderzoek en patiëntenzorg nodig. Een hierdoor ontstane synergie zal de kwaliteit van zorg, onderwijs en onderzoek verhogen.

Er lijkt een spanningsveld te bestaan rond de kwaliteit van de dagelijkse huisartsenzorg, waarbij naast de harde evidence ook eerstelijnsexpertise en kennis over de situatie van de patiënt relevant zijn.² Het perspectief van de patiënt speelt een belangrijke rol: het is juist de patiënt die steeds beter geïnformeerd is en vraagt om een kritische academische houding van de huisarts (in opleiding). Het onderwijs in evidence-based medicine (EBM) maakt duidelijk dat klinische ervaring en het patiëntenperspectief dezelfde waarde hebben als resultaten uit onderzoek. Academisering is echter meer dan het onderwijzen van EBM. Ze beoogt een attitudeontwikkeling van kritisch vragen en het bedenken van oplossingen. Zo ontstaat een beroepsgroep die in staat is zorg te leveren naar de laatste stand van de wetenschap en innovaties in gang kan zetten



Idealiter is iedere bij de opleiding betrokken huisarts een goede clinicus en docent en is wetenschappelijk gevormd. Foto: Shutterstock

om het zorgproces steeds verder te verbeteren. In deze opinie beschrijven we hoe het gesteld is met de samenhang tussen zorg, onderwijs en onderzoek in het kader van de academisering van de huisartsopleiding. Vervolgens geven we suggesties om deze verder te ontwikkelen en gaan we in op de haalbaarheid van onze ambitie.

DE HUIDIGE SITUATIE

Naar ons idee behoeft de samenwerking tussen de opleidingen en de onderzoeksafdelingen bij de meeste vakgroepen verbetering, want er wordt te weinig gebruikgemaakt van elkaars expertise. De integratie van de huisartsopleiding en de overige eenheden (studentenonderwijs geneeskunde, research, enzovoort) binnen de afdeling Huisartsgeneeskunde is de laatste jaren wél bevorderd door een actualisatie van de functieomschrijving van het hoofd van de opleiding. Het hoofd kan worden aangesteld als opleidingsdirecteur of als hoogleraar huisartsgeneeskunde en heeft een vaste plek in het managementteam van de afdeling. De afdelingshoogleraar heeft eveneens een taak bij het versterken van het academische profiel van de opleiding. De meeste opleidingshoofden stemmen af met centrale opleidingsgremia en 'academies' van de universitair medische centra. Daardoor kunnen de samenwerking en uitwisseling met andere medisch-specialistische vervolgopleidingen beter worden vormgegeven en ontstaan er kansen voor discipline-overstijgend onderwijs. Dit is essentieel voor de integratie in het hele zorgveld.

In de praktijk blijven er echter belemmeringen bestaan, zowel bij de docenten van de huisartsopleiding, als bij huisarts-onderzoekers. Beide groepen werken ook in de praktijk en hebben hun handen al vol aan die dubbelrol. De staf van de opleidingsinstituten die de terugkomdagen voor aiossen en opleiders organiseert en ook het onderwijs verzorgt heeft een goede inbedding in de zorg en wil 'bruikbare wetenschap' leren van kaderartsen en huisarts-onderzoekers. Op diverse opleidingen verzorgen onderzoekers met didactische vaardigheden en kaderartsen het expertonderwijs dat niet uitgaat van tweedelijnskennis. Uit een Nivel-enquête blijkt dat er bij de aiossen nog steeds een behoefte is aan meer en eerstelijns-expertonderwijs.³ Deze vorm van onderwijs biedt ze duidelijkheid en houvast in een onzeker werkveld, en leert ze beter om te gaan met die onzekerheid. Dat laatste is voor veel aiossen een leerdoel.

De huisartsopleiding heeft in de vorm van docentprofessionalisering veel geïnvesteerd in de diverse opleidingspraktijken. Samen met de inzet van NHG/LHV heeft dat ervoor gezorgd dat de praktijk aansluit bij de vakinhoudelijke en maatschappelijke ontwikkelingen en de taakstelling die de beroepsgroep zich stelt. Zo wordt de aios in staat gesteld zich het vak van de toekomst eigen te maken. Dit doen opleiders door de aios voldoende kennis aan te bieden van de diverse patiënten- en ziektecategorieën en door een optimale inrichting van het 'praktijkleren', dat daardoor aansluit op de individuele behoefte van de aios. Ook de opbouw van de opleiding moet het leerproces optimaliseren: van eenvoudig naar complex, en

met een goede aansluiting van het cursorisch op het praktijk-onderwijs en vice versa.

Uit onderzoek blijkt dat huisartsen en aiossen de kansen en mogelijkheden om de academische houding in de dagelijkse praktijk verder te ontwikkelen, te weinig herkennen (bijvoorbeeld tijdens het leergesprek). Klinische vragen worden te vaak niet volgens de methode van EBM benaderd en alleen beantwoord door ervaringen en meningen te delen met collega's of supervisors.⁴ Dat vergroot het risico dat kennis en vaardigheden niet toenemen, en dat de huisarts niet volgens de laatste inzichten handelt. Ook komt het zo niet tot een uitwisseling van inzichten tussen opleiders en aiossen. Andere betrokkenen, zoals de huisartsonderzoekers, zijn wél getraind in EBM en onderzoeksvaardigheden, maar ontberen in onze ogen vaak didactische vaardigheden, die de huisarts-docenten in hun eerste jaar opdoen (in de cursus van de Landelijke Educatie Docenten (LED), leergang voor docenten bij de opleidingsinstituten).

GEWENSTE ONTWIKKELING

Als we de academisering van de opleiding verder willen vormgeven, dan moeten we beginnen bij de staf van de opleidingen en de opleiders in het veld. In het ideale geval is elke huisarts die betrokken is bij de opleiding een goede clinicus, een goede docent en wetenschappelijk gevormd, al dan niet door een promotietraject. De huidige huisartsopleider is een rolmodel voor de aios en daagt deze uit om kritisch te handelen en waar nodig van richtlijnen af te wijken.⁵ Het zou niet realistisch zijn wanneer we van alle stafleden zouden eisen dat ze alle 3 de academische rollen kunnen innemen. Wij denken dat het wel reëel is om van stafleden te vragen dat ze 2 rollen goed en de derde rol op een basisoniveau beheersen. Het is raadzaam om op stafdagen ook expliciet aandacht te besteden aan de rol van de wetenschap in het onderwijs en met elkaar in discussie te gaan over de manier waarop deze in de (onderwijs)praktijk vorm kan krijgen. Wanneer we gepromoveerde jonge huisartsen aan onze afdelingen Huisartsgeneeskunde binden, komt deze ideale situatie sneller dichterbij. Onderzoekers kunnen de ontwikkeling van het onderwijs mee helpen vormgeven, zodat het wetenschappelijk niveau daarvan toeneemt. Volgens ons werkt dit goed bij klinische onderwerpen en het EBM-onderwijs. Samenwerking met de docenten en onderwijs-ontwikkelaars van de opleiding moet daarbij het didactische gehalte borgen.

Wanneer docenten en onderzoekers gebruikmaken van elkaars expertise, kunnen de docenten het wetenschappelijk denken beter integreren in alle onderwijsmomenten, bijvoorbeeld bij het uitwisselen van ervaringen en het reguliere klinische onderwijs. Opleiders kunnen dat tijdens het leergesprek en in andere situaties in de praktijk van alledag doen.^{6,7} De laatste jaren is er fors geïnvesteerd in de kwaliteit van de leergesprekken. Tijdens die gesprekken komen allerlei onderwerpen aan bod, waaronder wetenschap en EBM. De integratie van het wetenschappelijk denken wordt ook bevorderd door kwaliteitsverbetering te combineren met hagro-bijeenkomsten

en/of terugkomdagen voor opleiders levenslang leren.⁸ De resultaten van wetenschappelijk onderzoek kunnen voor dit soort onderwijs heel goed worden gebruikt. Ook de kwaliteit van de praktijkvoering wordt ermee bevorderd. Een klein verschil in de kwaliteit van de praktijkvoering ten gunste van huisartsopleiders boven niet-opleiders gaat samen met meer werkplezier en minder werkdruk.⁹

Wanneer meer huisartsen bij (promotie)onderzoek worden betrokken, zullen in de toekomst meer wetenschappelijk geschoolde huisarts-docenten kunnen worden ingezet voor een academische opleiding. Idealiter stimuleren we nog meer toekomstige huisartsen om hun promotietrajecten te combineren met hun opleiding. Ze kunnen dan tijdens de opleiding voor een verdere integratie van het onderzoek in de opleiding zorg dragen. De vraag is wel hoe we dit moeten doen, nu het stimuleringsprogramma van de SBOH voor de combinatie van opleiding en promotie ten einde loopt. Verder staat de dubbele rol van klinische onderzoekers onder druk door de toenemende belasting van de huisartsenzorg en het capaciteitsprobleem. Tot slot zorgt een academische opleiding er ook voor dat de inhoud van het onderwijs onderbouwd wordt door wetenschappelijk onderzoek. Voor ons spreekt het vanzelf dat elke opleiding een onderzoeksgroep in huis heeft die zich richt op onderzoek naar onderwijs en erop toeziet dat de resultaten daarvan ten goede komen aan de opleiding. Hierbij is een nationale gezamenlijke onderzoeksagenda met bijbehorende financiering onontbeerlijk.

HAALBAARHEID

Er is nog geen onderzoek gedaan naar de haalbaarheid en effectiviteit van onze ideeën. Feit is wel dat huisartsen dankzij de hierboven genoemde vaardigheden en activiteiten veel gemakkelijker het kaf van het koren in de brei van evidence zullen kunnen scheiden. Er is immers een enorme hoeveelheid evidence waarvan de klinische relevantie voor de huisarts niet altijd even duidelijk is. Het is het efficiëntst om bij het ontwikkelen van de academische houding uit te gaan van dagelijks gepresenteerde problemen in de praktijk en lacunes in de standaarden.^{10,11}

De haalbaarheid van onze ideeën wordt ook bepaald door de manier waarop overheid en zorgverzekeraars insteken op het capaciteitsprobleem, de opvolgingsproblematiek en het stimuleren van de kwaliteit van de zorg in de huisartsenpraktijken. Wanneer huisartsen alleen maar moeten rennen om de basis op orde te houden, is er te weinig tijd voor reflectie. En juist dat laatste is een basisvoorwaarde voor een academische houding.

CONCLUSIE

De resultaten van het huisartsgeneeskundig wetenschappelijk onderzoek mogen meer hun weg vinden naar de opleiding en het academische netwerk van praktijken rond de opleiding. Wij pleiten ervoor om het onderzoek naar onderwijs uit te breiden, om zo de opleiding wetenschappelijk te onderbouwen. Aan elke huisartsopleiding zou een hoogleraar huisarts-

geneeskunde aangesteld moeten zijn. De uitdagingen rond de invulling van het expertonderwijs en de daarbij behorende docentprofessionalisering zijn groot. We gaan steeds meer in de richting van netwerkgeneeskunde en interprofessioneel werken en opleiden, en dan zijn een goede afstemming tussen en samenwerking met de andere (para)medische vervolgoopleidingen van groot belang. Overheid, zorgverzekeraars, LHV/NHG/IOH en de universitaire vakgroepen zullen de duurzaamheid van de academisering van de huisartsopleiding moeten borgen. ■

LITERATUUR

1. Te Pas E, Van Dijk N, Bartelink ME, Wieringa-De Waard M. Factors influencing the EBM behaviour of GP trainers: a mixed method study. *Med Teach* 2013;35:e990-7.
2. Knottnerus A, Dinant GJ. Medicine based evidence, a prerequisite for evidence based medicine. *BMJ* 1997;315:1109.
3. Vis E, Batenburg R, Van der Velden L. De kwaliteit van de opleiding tot huisarts anno 2018: een onderzoek onder huisartsen in opleiding. Utrecht: Nivel, 2018.
4. Welink LS, Van Roy K, Damoiseaux R, Suijker HA, Pype P, De Groot E, et al. Applying evidence-based medicine in general practice: a video-stimulated interview study on workplace-based observation. *BMC Fam Pract* 2020;21:5.
5. Teunissen PW, Scheele F, Scherpbier AJ, Van der Vleuten CP, Boor K, Van Luijk SJ, et al. How residents learn: qualitative evidence for the pivotal role of clinical activities. *Med Educ* 2007;41:763-70.
6. Kortekaas MF, Bartelink ME, Zuithoff NP, Van der Heijden GJ, De Wit NJ, Hoes AW. Does integrated training in evidence-based medicine (EBM) in the general practice (GP) specialty training improve EBM behaviour in daily clinical practice? A cluster randomised controlled trial. *BMJ Open* 2016;6:e010537.
7. Rietmeijer CBT, Huisman D, Blankenstein AH, De Vries H, Scheele F, Kramer AWM, et al. Patterns of direct observation and their impact during residency: general practice supervisors' views. *Med Educ* 2018;50:981-91.
8. Ter Brugge BPH, Bartelink M-LEL, Damoiseaux RAMJ, De Groot E. The use of evidence during group meetings of Dutch general practitioners. *Educ Prim Care* 2017;28:307-12.
9. Van den Hombergh P, Schalk-Soekar S, Kramer A, Bottema B, Campbell S, Braspenning J. Hogere kwaliteit bij praktijken van huisartsopleiders. *Huisarts Wet* 2013;56:438-43.
10. Burgers JS. Opschudding over evidencebased medicine. Van reductionisme naar realisme in de toepassing van richtlijnen. *Ned Tijdschr Geneesk* 2015;159:A8376.
11. Glasziou P, Burls A, Gilbert R. Evidence based medicine and the medical curriculum. The search engine is now as essential as the stethoscope. *BMJ* 2008;337:a1253.

Muris JWM, Damoiseaux RAMJ. Een academische houding moet je leren. *Huisarts Wet* 2021;64(7):44-6. DOI:10.1007/s12445-021-1175-2.
Universiteit Maastricht, Vakgroep Huisartsgeneeskunde, Maastricht: prof. dr. J.W.M. Muris, voorzitter vakgroep Huisartsgeneeskunde, jean.muris@maastrichtuniversity.nl. UMC Utrecht, Julius Center for Health Sciences and Primary Care, Utrecht: prof. dr. R.A.M.J. Damoiseaux, hoogleraar huisartsgeneeskunde.
Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.



LHV, InEen en NHG willen meedenken over verbeteren curriculum huisartsopleiding

Patrick Marx

Kennis over praktijkmanagement, ontwikkelen van een eigen visie over invulling van je werk als huisarts en samenwerken in de steeds veranderende gezondheidszorg zijn onlosmakelijk verbonden met het huisartsenvak. Het is de vraag of hieraan voldoende aandacht wordt besteed in de huisartsopleiding. Aiossen willen, zo blijkt uit enquêtes, meer aandacht voor deze aspecten in de opleiding. De brancheverenigingen NHG, LHV en InEen willen graag meedenken over het verbeteren van dit deel van het onderwijs en daarbij een helpende hand bieden. H&W sprak met de bestuurders.

‘Tijdens mijn opleiding kreeg ik vooral met het NHG en de LHV te maken,’ zegt huisarts en NHG-bestuursvoorzitter Wendy Borneman. ‘Het NHG zorgde voor richtlijnen en e-learningen. De LHV gaf ons onderwijs over praktijkmanagement.’ Raymond Wetzels, bestuurslid van de branchevereniging van huisartsen- en eerstelijnsorganisaties InEen, vult aan: ‘Als 1 van de eerste aioto’s had ik uit wetenschappelijke interesse wat meer met het NHG te maken, maar ook in 1999 kregen we onderwijs over praktijkmanagement via derden, waaronder de LHV.’ De bracheorganisaties vullen dus al decennia een deel van het onderwijs voor aiossen in en daarmee lijkt dit onderwijs geborgd. Toch is er onvrede over de hoeveelheid ruimte die Huisartsopleiding Nederland vrijmaakt voor niet-medisch-inhoudelijk onderwijs en over de rol die de brancheverenigingen daarbij kunnen spelen.

Rollen

Ella Kalsbeek, voorzitter van de LHV, zegt over de rol van haar organisatie, die veel breder is dan aiossen tijdens hun opleiding merken: ‘Als LHV hebben we op 3 vlakken te maken met de opleiding. Ten eerste zitten we in het capaciteitsorgaan dat bepaalt hoeveel huisartsen nodig zijn. Vorig jaar kregen we extra plekken voor elkaar. Dan is het natuurlijk van belang dat de opleidingen die extra plekken kunnen realiseren. Dat ging niet helemaal goed en dat is zonde. Dan ontstaat frictie, terwijl we als 1 partij richting VWS moeten optrekken.’

Ten tweede noemt Kalsbeek de selectie van huisartsen. ‘We zien nu vooral jonge vrouwen van de opleiding komen. Dat pleziert me natuurlijk als feministe van het eerste uur. Toch denk ik dat diversiteit ook belangrijk blijft: niet alleen qua geslacht, maar ook qua karakters: meer lef en waaghalzerij en minder perfectionisme.’

Het derde en laatste aspect gaat over de inhoud van de opleiding: ‘Natuurlijk is het van belang dat de aios een



Wendy Borneman is bestuursvoorzitter van het NHG en waarnemend huisarts in Berkel-Enschot. Daarnaast is ze lid van de Raad van Advies van de LOVAH.



Foto: Margot Scheerder

Ella Kalsbeek was van 2014 tot voorjaar 2021 voorzitter van de LHV.

goede huisarts wordt en daarvoor geven de opleiders en het NHG voeding. Maar als je eenmaal huisarts bent, dan moet je gaan werken als dokter, hoe doe je dat dan? Kies je voor een carrière als praktijkhouder of zelfstandig ondernemer of ga je in loondienst? Welke skills heb je daarvoor nodig? We stellen vast dat veel huisartsen zo groen als gras van de opleiding komen, ze hebben geen idee hoe ze dit moeten aanpakken. Neem bijvoorbeeld hun skills in onderhandelen. Dit is ontzettend moeilijk en soms moet je het conflict durven aangaan om er zelf beter uit te komen. Uit mijn ervaring met jonge huisartsen weet ik dat ze het gesprek met hun praktijkhoudende collega lang niet altijd durven aan te gaan. De praktijkhouder houdt hen een wortel voor over het toetreden tot de praktijk, maar in de ogen van de jonge artsen zit er geen schot in de overname. Dan hoor ik heel vaak dat ze geen ruzie willen en daarom het conflict niet aangaan. Tijdens de opleiding leren artsen empathisch te zijn en mee te voelen met hun patiënt. Dan ontwikkel je de andere skills wellicht minder, maar je hebt ze als huisarts nodig om je werk te kunnen blijven doen. Niet zozeer als medicus, maar als beroepsbeoefenaar.

Borneman sluit zich aan bij de opmerkingen van Kalsbeek: 'Ik vind dit een heel belangrijk onderwerp. Behalve dat je niet-medisch-inhoudelijke vaardigheden moet ontwikkelen, moet je ook een visie leren ontwikkelen over wie je als huisarts wilt zijn. Dat mag zeker meer aandacht krijgen in de opleiding, liefst gekoppeld aan onze kernwaarden. Het valt me vaak op dat aiossen niet weten wat de kernwaarden van de huisartsgeneeskunde zijn.' In 1959 werden ze voor het eerst omschreven en in 2018 stelden de huisartsenorganisaties deze kernwaarden opnieuw vast na een herijking: medisch-generalistisch, persoonsgericht,

continu en gezamenlijk. 'Je kunt als huisarts niet meer zonder samenwerking. Hetzelfde geldt voor de waarden persoonsgerichtheid en continuïteit van zorg. Nadenken over hoe je je vak als huisarts body wilt geven, het zou mooi zijn als dat terugkomt in de opleiding.'

Behoeftte aan meer

Uit de vierjaarlijkse enquêtes onder aiossen over de opleiding tot huisarts blijkt dat er een en ander schort aan de aandacht die de 8 huisartsenopleidingen aan praktijkmanagement besteden [kader]. Het Nivel, dat de enquêtes organiseert, trekt als conclusie uit de laatste enquête van 2018: 'Er blijft onder aiossen een duidelijke behoefte bestaan aan kennis over de rol van de huisarts als ondernemer, manager en coördinator van de zorg.'

Bij de aios is er dus ontevredenheid over de aandacht die praktijkmanagement in de opleiding krijgt, terwijl tegelijkertijd de brancheorganisaties NHG, LHV en InEen niet helemaal tevreden zijn over hun invloed op dat onderwijs. Binnenkort wordt het landelijke opleidingsplan herzien, een uitgelezen kans om de aandacht voor praktijkmanagement en andere niet-medisch-inhoudelijke aspecten te verbeteren. De 3 brancheorganisaties willen graag meedenken over het verbeteren van dit deel van de opleiding. In tegenstelling tot de opleidingen tot medisch specialist, waar de beroepsvereniging het opleidingsplan vaststelt, zijn het NHG, de LHV en InEen niet medeverantwoordelijk voor de inhoud van de opleiding. Dat is prima zo, vindt Borneman: 'De kennis en kunde over hoe je de opleiding indeelt ligt goed geborgd bij het instituut Huisartsopleiding Nederland. Als koepels willen we natuurlijk invloed uitoefenen.' Kalsbeek voegt toe: 'We willen graag het gesprek aangaan, maar tot nu toe kreeg dat niet altijd op de juiste manier vorm. We maakten ons punt al vaker. Toch lukt het niet om tot een doorbraak te komen. Ook wij willen geen verantwoordelijkheid voor het opstellen of formeel vaststellen van het curriculum. Die verantwoordelijkheid ligt bij de opleiding. Wij willen wel serieus worden genomen en meer invloed krijgen op het curriculum.'

Handreiking

De LHV-voorzitter doet een handreiking voor meer samenwerking over en invloed op het nieuwe curriculum: 'Richt een nette, open en transparante procedure in die ook nog leuk is. Begin met een conceptstuk dat je rondstuurt. Trek tijd uit om erover te discussiëren. Neem de suggesties mee in de volgende versie en benoem waarom je ze wel of niet overneemt.'

Borneman voegt toe: 'Wellicht kunnen we zelfs beginnen met een heidag waarin we bespreken welke relevante ver-

Raymond Wetzels is huisarts in Elst en bestuurslid van InEen.

anderingen in het huisartsenvak een plek in de opleiding verdienen, als input voor de eerste versie van het opleidingsplan. We willen alle 3 graag een open lijntje houden en meedenken over de opleiding. Het is in ons aller belang dat we in Nederland goede huisartsen opleiden. Het is niet voor niets dat de Nederlandse eerstelijnszorg tot de pareltjes in Europa hoort.'

Uitdagingen

Goede eerstelijnszorg in de toekomst vergt nu aanpassingen in het curriculum waarmee de toekomstige huisarts beter voorbereid op de arbeidsmarkt komt. Wetzels noemt een voorbeeld: 'We zien steeds meer dat huisartsen regionaal gaan samenwerken. In Arnhem werkt bijvoorbeeld een groep van 200 artsen samen. Nu is samenwerken een kunst die je moet leren. Als huisarts ben je gewend om vanuit je spreekkamer autonoom te werken. Zodra je gaat samenwerken moet je een stukje van die autonomie opgeven, want dat komt het geheel ten goede. Hoe doe je dat? Hoe vind je het om een collega mandaat te geven om voor jou te (onder)handelen over een bepaald onderwerp? Hoe kom je als regionale huisartsengroep verder en positioneer je je in de regio? Het zou heel goed kunnen dat we huisartsen in de gelegenheid stellen om via scholing of stages ervaring op te doen op het vlak van samenwerking. Zo kunnen aiossen wennen aan deze manier van werken en wellicht bindt dit de aios aan de regio, wat ook gunstig zou kunnen zijn. Ik weet niet of het lukt, maar het is zeker de moeite van het onderzoeken waard. Hetzelfde geldt voor de digitale praktijk, ook hieraan kunnen we aiossen laten ruiken.'

Kalsbeek ziet eveneens uitdagingen die aandacht van de opleiding vergen. 'De patiënt van nu is niet meer de patiënt van 30 jaar geleden. Patiënten zijn mondiger en digitaal vaardiger, ze kunnen goed googelen. Dit vraagt een andere omgang met de patiënt. Daarnaast verandert de context van het huisartsenvak. We zien meer nieuwe aanbieders van zorg, zoals Quin. (Quin biedt zowel digitale als fysieke huisartsenzorg, waarbij patiënt en arts via een app met elkaar verbonden zijn, redactie.) Dit zijn grote ontwikkelingen en als je daaraan in je opleiding geen aandacht besteedt, dan worden jonge huisartsen er straks door overvallen. Daarbij speelt weer de vraag hoe je als huisarts wilt werken, met welke visie. Als persoonsgerichte zorg voor jou voorop staat, ligt het dan wel voor de hand om bij een organisatie te werken met steeds wisselende patiënten waarbij je steeds op andere plekken wordt ingezet. Het zou gek zijn als de jonge academici zich er niet van bewust zijn dat ze in zo'n veld moeten opereren.'

'Ook in de huisartsenpraktijk verandert veel,' vult Borneman aan. 'Je geeft sturing aan een steeds groter team waarbij de medewerkers eenvoudige klachten verhelpen terwijl je zelf voor steeds complexere vragen staat. De veranderende praktijk heeft dus zelfs invloed op het medisch-inhoudelijke vlak. Ik



herinner me dat we leerden diabetespatiënten in te stellen terwijl ik dat in de praktijk bijna nooit meer zelf doe. Onze praktijkondersteuner kan zelfs de moeilijkste patiënten instellen. Tot je op de HAP werkt en je opeens zelf weer verantwoordelijk bent voor de totaal onregelde diabetespatiënten. Ook met deze veranderingen moet je leren omgaan.'

Praktijkmanagement lijkt haast een vak op zich dat de huisarts onder de knie moet krijgen. Het is bovendien een sterk veranderd vak: nieuwe samenwerkingsverbanden en zorgaanbieders hebben een grote invloed op de toekomst van het praktijkmanagement. Gelukkig staat een herziening van het opleidingsplan voor de deur en bieden brancheorganisaties als NHG, LHV en InEen aan mee te denken over en mee te helpen bij het niet-medisch-inhoudelijke onderwijs. ■

TEVREDENHEID AIOSSSEN OVER ONDERWIJS PRAKTIJK-MANAGEMENT

Elke 4 jaar ondervraagt het Nivel de aiossen huisartsgeneeskunde over hun opleiding. Vragen over de niet-medisch-inhoudelijke aspecten van de opleiding zijn onderdeel van de enquête. Net als in 2014 oordeelden de aios in 2018 negatief over het onderwijs dat ze kregen over praktijkmanagement, zelfstandig ondernemerschap en omgaan met zorgverzekeraars. Ze zijn evenmin tevreden over de aandacht voor de rol van de huisarts als coördinator van de zorg. Driekwart van de aios vindt dat hun opleiding te weinig tijd besteedt aan praktijkmanagement. Deze onvoldoende komt van alle aios, ongeacht hun opleidingsjaar of de locatie van hun opleiding.



Naar een inclusieve huisartsopleiding

Nathanja van Moppes

Diversiteit in de Nederlandse zorg en ook bij medische vervolgoopleidingen – inclusief de huisartsopleiding – neemt toe. Het opleiden van jonge artsen met een migratieachtergrond brengt nieuwe en uiteenlopende invalshoeken met zich mee. Deze kunnen de zorg persoonsggericht maken, en daarmee de kwaliteit verbeteren.

Met het oog op de kwaliteit van zorg en ook vanuit sociale rechtvaardigheid is het essentieel dat aiossen uit etnische minderheidsgroepen gelijke kansen krijgen om hun opleiding succesvol af te ronden.¹⁻³ De beoordelingen van deze artsen vallen echter vaak lager uit dan die van hun collega's uit de dominante etnische groep.^{4,5} In dit promotieonderzoek bij de huisartsopleiding van Amsterdam UMC onderzoeken wij in hoeverre dit ook het geval is binnen de 8 Nederlandse huisartsenopleidingen. Een verkennend vooronderzoek van de Landelijke Projectgroep Etnocentrisme in de Huisartsopleiding vond aanwijzingen dat het risico op een gecompliceerde voortgang van de opleiding voor aiossen uit etnische minderheidsgroepen mogelijk groter is.⁶ Ons kwantitatieve deelonderzoek bevestigde dit en liet zien dat aiossen uit etnische minderheidsgroepen significant vaker onvoldoende beoordeeld worden, met voortgangsproblemen tot gevolg. In vervolgonderzoeken kijken we welke opleidingsgebonden factoren een rol spelen, of interventies mogelijk zijn en hoe deze op maat gemaakt kunnen worden voor een optimaal effect in de huisartsopleiding.

Het onderzoek loopt sinds 2018 en bestaat uit 4 onderzoekslijnen. Publicatie van de eerste resultaten zal eind 2021 zijn. Uiteindelijk hopen we dat dit onderzoek leidt tot een huisarts-

opleiding met een *identity confirming*-leerklimaat (een leerklimaat met ruimte voor diverse identiteiten), waar aiossen en opleiders van elkaar en met elkaar kunnen leren om zorg te verlenen aan een diverse populatie. ■

LITERATUUR

1. Seeleman C, Suurmond J, Stronks K. Cultural competence: a conceptual framework for teaching and learning. *Med Educ* 2009;43:229-37.
2. Seeleman C, Sellegger V, Essink-Bot M, Bonke B. Teaching communication with ethnic minority patients: ten recommendations. *Med Teach* 2011;33:814-9.
3. Wekker G. Diversiteit is een werkwoord. Rapport Commissie Diversiteit UvA. 2016. <https://research.vu.nl>. Geraadpleegd: 18 maart 2019.
4. Van de Wetering H. Culturele diversiteit ver te zoeken onder specialisten: allochtone student nog steeds op achterstand voor opleidingsplek. *Med Contact* 2015. <https://www.medischcontact.nl/arts-in-spe>. Geraadpleegd: 15 februari 2019.
5. Esmail A, Roberts C. Academic performance of ethnic minority candidates and discrimination in the MRCGP examinations between 2010 and 2012: analysis of data. *BMJ* 2013;347:f5662.
6. Van Moppes NM, Schleyden H, Fichtner C, Visser MRM, Van den Muijsenbergh METC. Onderzoek naar etnocentrisme bij de huisartsopleiding is nodig. *Huisarts Wet* 2019;63:19-20.

Van Moppes NM. Naar een inclusieve huisartsopleiding. *Huisarts Wet* 2021;64(7):54. DOI:10.1007/s12445-021-1186-z.
Amsterdam UMC, locatie AMC, Huisartsopleiding, Amsterdam: N. van Moppes, huisarts en onderzoeker, n.m.vanmoppes@amsterdamumc.nl.
Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

Dit is een bijdrage in de rubriek Lopend onderzoek, relevant voor de eerste lijn, geschreven door een promovendus.





‘Wie is daar?’ Over professionele identiteitsvorming van de aios

Pieter Barnhoorn, Mario Veen

De huisartsopleiding moet basisartsen leren denken, doen en voelen als ‘echte’ huisartsen. Dat noemen we *professionele identiteitsvorming*. Maar wat is dat precies? Welke rol spelen opleiders daarin? Hoe kun je als huisarts – tot aan je pensioen – aandacht blijven besteden aan je professionele identiteitsvorming? We beantwoorden deze vragen op basis van de literatuur en ons eigen onderzoek.

De opleiding tot huisarts is meer dan de som van de benodigde competenties.^{1,2} Dat professionele identiteit een belangrijk onderdeel is van het huisartsenvak en de huisartsopleiding weten we al sinds Balint zei dat de huisarts (en diens persoonlijkheid) het meest voorgeschreven medicijn is.³ Maar hoe wordt onze professionele identiteit gevormd? Sinds kort besteedt de internationale medische onderwijsliteratuur hier veel aandacht aan. De vorming van een professionele identiteit wordt in de Engelstalige literatuur *Professional Identity Formation* (PIF) genoemd.

PIF is een ontwikkelingsproces waarbij aiossen de kenmerken, waarden en normen van de beroepsgroep internaliseren.^{2,4-10} Ter illustratie een voorbeeld van de eerste visite als aios huisartsgeneeskunde van de eerste auteur. Ik fietste door een dorp dat ik niet kende en dat mij niet kende. Met een plattegrond, gekregen van mijn opleider, vond ik het juiste adres. Ik belde aan. Door de intercom kraakte het: ‘Wie is daar?’ Ik aarzelde. Maar toen riep ik tot mijn eigen verbazing ineens: ‘De dokter!’ De deur zoemde voor me open.¹¹ In de 10 voorafgaande jaren had ik netjes de ontwikkelingsstadia student, coassistent en zaalarts doorlopen. Van toekijken, via dokter spelen, was ik nu beland bij het hoofdstuk ‘doen als een huisarts’. En over 3 jaar zou ik dan dus huisarts zijn. Van de zijlijn van de medische praktijk, steeds meer richting volledig participeren.^{7,9}

PROFESSIONELE IDENTITEITSVORMING

De vraag ‘Wie is daar?’ is niet alleen belangrijk tijdens de huisartsopleiding, maar blijft dat gedurende het hele werksamenleven van iedere huisarts. We moeten ons immers blijven afvragen wie we zijn en wie we willen zijn.^{2,8-10} Die identiteit is aan het eind van de opleiding niet in beton gegoten. Gedurende het proces van levenslang leren verandert onze identiteit steeds mee.

Er is veel onderzoek gedaan naar de manier waarop de basis-



Wat ‘een huisarts’ is, staat niet vast, maar moet iedere aspirant-huisarts voor zichzelf ontdekken.

Foto: Shutterstock

opleiding studenten vormt en helpt zichzelf te vormen tot basisartsen. Minder is er bekend over PIF in de vervolgoopleidingen. De schaarse onderzoeken die wel zijn gedaan benadrukken het belang van werkplekleren en de opleider.^{5,10,12-17} PIF vindt tegelijk op 2 niveaus plaats.² Ten eerste op dat van het individu. Aiossen doorlopen verschillende ontwikkelingsstadia – een eerstejaars aios denkt, doet en voelt anders dan een derdejaars aios. Gaandeweg de opleiding verandert de focus van het werk van een huisarts *doen* naar huisarts *zijn*.^{18,19} PIF vindt ook plaats op het niveau van de werkgemeenschap. Aiossen worden gesocialiseerd in het doen en laten van de ‘gemeenschap van huisartsen’. PIF is daarmee meer dan alleen training. Training gaat namelijk over kwalificatie, over het verwerven van kennis en kunde.¹ In het begin van de huisartsopleiding ligt de focus vooral op ‘het doen als een huisarts’. ‘Hoe kom ik het spreekuur zonder brokken te maken door?’ is voor de aios aanvankelijk een belangrijke vraag. De opleider vraagt zich op zijn beurt af: ‘Wat kan ik deze nieuwe aios al wel en

DE KERN

- Professionele identiteitsvorming is het proces waarbij aiossen leren denken, doen en voelen als een huisarts.
- Dit proces gaat door na de opleiding.
- Het is verstandig om na te blijven denken over de vraag waar je als huisarts voor staat.

wat nog niet veilig laten doen?’ Training kunnen we opdelen in kleine, van elkaar gescheiden meetbare taken. De taal van competenties komt hier goed van pas.

Het proces van identiteitsvorming van aios wordt door verschillende factoren beïnvloed. De belangrijkste zijn de huisartsopleider en de (klinische) ervaringen in de praktijk en de reflectie hierop. Huisarts word je tenslotte in de praktijk. Maar ook de terugkomdag helpt bij het begrijpen en soepeler laten verlopen van de professionele identiteitsvorming. Vooral de ervaringsronde, intervisie, supervisie, het 12-uurtje en het afsluitende biertje samen met de collega-aios zijn belangrijke groeimomenten.^{5,8,9,12-17} Zo blijkt uit recent landelijk onderzoek naar het Uitwisselen van Ervaringen dat aiossen deze onderwijsvorm vooral waardevol vinden, omdat specifieke ervaringen het uitgangspunt vormen voor het bespreken van algemene relevante thema's in het huisarts- worden en huisarts-zijn.²⁰

ONTDEKKINGSPROCES

De term ‘PIF’ benoemt iets wat al uit de tijd van Hippocrates stamt. In feite is het van meet af aan onderdeel van de huisartsopleiding, alleen was het tot voor kort niet systematisch beschreven en onderzocht. Een van de redenen om de huisartsopleiding op te richten was dat de huisarts zich in een identiteitscrisis bevond.^{21,22} Basisartsen waren medisch-inhoudelijk gezien weliswaar gekwalificeerd, maar moesten iets leren wat als het handelsmerk van de huisarts werd gezien: de arts-patiëntrelatie, kennis en kunde van de persoonlijkheid

REFLECTIE OP PIF

Om een aanzet tot reflectie te geven leggen we u enkele vragen voor die u kunnen helpen bij het reflecteren op uw eigen professionele identiteit(svorming):

- Hoe heeft de medische opleiding [basis en opleiding tot huisarts] mij veranderd?
- Wie waren in het verleden mijn medische of niet-medische rolmodellen? Wie zijn dat nu? Waarom? Van wie heb ik ‘het vak geleerd’?
- Als ik mij voorstel aan een collega, wat vertel ik dan over mezelf? Welke onderdelen van mijn professionele en persoonlijke identiteit betrek ik daarbij?
- Hoe organiseer ik mijn spreekuur en werkdag, en wat zegt dit over wat voor huisarts ik ben?
- Wat wil ik mijn [aanstaande] collega's meegeven?

van de patiënt en de manier waarop je als arts (als ‘medicijn’) hiermee om kunt gaan.^{21,22} Daarom kreeg ‘spuien’ een centrale plaats toegewezen, een redelijk unieke vorm van groepsreflectie. Achteraf kunnen we zeggen dat de huisartsopleiding door de expliciete aandacht voor PIF voorliep op andere medische opleidingen.

Ook nu nog krijgen professionaliteit en reflectie veel aandacht, bijvoorbeeld in de vorm van het uitwisselen van ervaringen en de attitude ten opzichte van het beroep.²³ Er zijn meerdere valide manieren om huisarts te zijn. Wat ‘een huisarts’ is, staat immers niet vast, maar moet iedere aspirant-huisarts voor zichzelf ontdekken. PIF beschrijft dit ontdekkingsproces en is dus geen *antwoord* op een vraag, maar het *stellen* daarvan. Bijvoorbeeld: ‘Mijn opleider pakt zaken op deze manier aan, mijn collega-aios op een andere manier, maar wat voor huisarts wil ik zijn?’ Net als voor reflectie is hier geen model of afvinklijstje voor.^{24,25}

Omdat de focus op PIF gedurende de opleiding steeds belangrijker wordt, verschuift de rol van de opleider van trainer naar coach.²⁶ PIF is namelijk niet een-op-een objectief te meten of beoordelen, iets wat opleiders doorgaans goed aanvoelen.²⁵⁻²⁷ De vraag is dan ook niet zozeer of en hoe PIF beoordeeld kan worden, maar meer hoe wij als huisartsgemeenschap aiossen kunnen stimuleren in hun PIF.

OPLEIDERS ALS ROLMODEL

Opleiders spelen volgens aiossen een belangrijke rol bij het vormen van hun identiteit als huisarts. Ze doen dat onder meer door rolmodel en mentor te zijn, formeel en informeel te onderwijzen, te toetsen, feedback te geven en een veilige werkplek te bieden. Gek genoeg hebben opleiders zelf lang niet altijd door hoe belangrijk ze zijn voor het proces van de aios.¹⁰ Wanneer opleiders uitgenodigd worden om te reflecteren op hun eigen identiteit en hoe die gevormd is en wordt, is het voor hen makkelijker om hun belangrijke rol expliciet en effectief vorm te geven. Thema's als je tijdelijk niet thuis voelen in een (nieuwe) groep, het soms moeilijk kunnen integreren van persoonlijke en professionele rollen, de niet altijd even soepel verlopende relaties met opleiders en groepsbegeleiders, en het geleidelijk krijgen van vertrouwen en verantwoordelijkheid blijken universele thema's te zijn.¹⁰ Dat zijn uitgerekend de thema's waarin factoren van de professionele identiteitsvorming tot uitdrukking komen. Aiossen waarderen het enorm wanneer die expliciet met hun opleider besproken kunnen worden.

PROFESSIEEL TOT AAN JE PENSIOEN

PIF stopt niet op het moment dat de opleiding is afgerond. Gedurende het levenslange leren verandert onze professionele identiteit mee. Het antwoord op de vraag ‘Wie is daar?’ verandert doorgaans tijdens de loopbaan. Na de opleiding ontbreekt de structuur, zoals die van de ervaringsronde, om die vraag gestructureerd te beantwoorden.

Het is verstandig om na te blijven denken over de vraag waar je als huisarts voor staat. Dan handel je ook in nieuwe situaties in overeenstemming met je eigen waarden en overtuigingen,

en kun je die afwegen tegen de waarden en overtuigingen van de beroepsgroep. Zo moesten huisartsen tijdens de coronapandemie steeds bepalen welke rol ze hierin precies speelden. En ook vanwege nieuwe technologische ontwikkelingen worden huisartsen geconfronteerd met de vraag wat voor huisarts ze willen zijn. Iemand die alle gadgets omarmt of iemand die het ambachtelijke karakter van het huisartsenvak blijft benadrukken? Wil je op de vraag 'Wie is daar?' antwoorden met: 'een opleider' of 'een activistische huisarts'?

Als het pensioen nadert, komt doorgaans de vraag: wat wil ik de jongere generaties meegeven? Wat zegt de manier waarop ik mijn praktijk overdraag over het beeld dat ik meegeef over 'de huisarts'? Al deze vragen blijven niet beperkt tot wat je doet als huisarts, maar zeggen ook iets over je professionele identiteit, zowel hoe je die zelf ervaart, als wat je hierover uitdraagt naar anderen. Zo blijft die vraag 'Wie is daar?' tot aan het pensioen spelen. En voor velen zelfs nog daarna. ■

LITERATUUR

1. Biesta GJ, Van Braak M. Beyond the medical model: thinking differently about medical education and medical education research. *Teach Learn Med* 2020;32:449-56.
2. Jarvis-Selinger S, Pratt DD, Regehr G. Competency is not enough: integrating identity formation into the medical education discourse. *Acad Med* 2012;87:1185-90.
3. Balint M. *The doctor, his patient, and his illness*. London: Pitman Medical, 1957.
4. Barnhoorn PC, Houtlosser M, Ottenhoff-de Jonge MW, Essers GT, Numans ME, Kramer AW. A practical framework for remediating unprofessional behavior and for developing professionalism competencies and a professional identity. *Med teacher* 2019;41:303-8.
5. Rees CE, Monrouxe LV. Who are you and who do you want to be? Key considerations in developing professional identities in medicine. *Med J Australia* 2018;209:202-3.
6. Biesta G. Risking ourselves in education: qualification, socialization, and subjectification revisited. *Educ Theory* 2020;70:89-104.
7. Monrouxe LV, Rees CE. Theoretical perspectives on identity: researching identities in healthcare education. *Res Med Educ* 2015;129-40.
8. Cruess RL, Cruess SR, Boudreau JD, Snell L, Steinert Y. Reframing medical education to support professional identity formation. *Acad Med* 2014;89:1446-51.
9. Cruess RL, Cruess SR, Boudreau JD, Snell L, Steinert Y. A schematic representation of the professional identity formation and socialization of medical students and residents: a guide for medical educators. *Acad Med* 2015;90:718-25.
10. Sternszus R, Boudreau JD, Cruess RL, Cruess SR, Macdonald ME, Steinert Y. Clinical teachers' perceptions of their role in professional identity formation. *Acad Med* 2020;95:1594-9.
11. Barnhoorn PC. Wat is professioneel? Over de persoonlijke invulling van een god term. In: Van Dijken PJ, Barnhoorn PC, Geurts JMC, redactie. *Professionaliteit in de zorg. Reflecteren op je professie*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum, 2021:1-8.
12. Wiese A, Kilty C, Bennett D. Supervised workplace learning in postgraduate training: a realist synthesis. *Med Educ* 2018;52:951-69.
13. Teunissen P, Scheele F, Scherpbier A, Van Der Vleuten C, Boor K, Van Luijk S, et al. How residents learn: qualitative evidence for the pivotal role of clinical activities. *Med Educ* 2007;41:763-70.
14. Brown J, Reid H, Dornan T, Nestel D. Becoming a clinician: trainee identity formation within the general practice supervisory relationship. *Med Educ* 2020;54:993-1005.
15. Sawatsky AP, Santivasi WL, Nordhues HC, Vaa BE, Ratelle JT, Beckman TJ, et al. Autonomy and professional identity formation in residency training: a qualitative study. *Med Educ* 2020;54:616-27.
16. De Bever S, Van Rhijn SC, Van Dijk N, Kramer A, Visser MR. Professionals' perspectives on factors affecting GP trainees' patient mix: results from an interview and focus group study among professionals working in Dutch general practice. *BMJ Open* 2019;9:e032182.
17. Wearne S, Dornan T, Teunissen PW, Skinner T. General practitioners as supervisors in postgraduate clinical education: an integrative review. *Med Educ* 2012;46:1161-73.
18. Merton RK, Reader G, Kendall PL. *The student physician: introductory studies in the sociology of medical education*. Cambridge: Harvard University Press, 1957.
19. Wald HS. Refining a definition of reflection for the being as well as doing the work of a physician. *Med Teach* 2015;37:696-9.
20. Van Braak M, Girolodi E, Huiskes M, Diemers AD, Veen M, Van den Berg P. A participant perspective on collaborative reflection: video-stimulated interviews show what residents value and why. *Adv Health Sci Educ* 2021;26:1-15.
21. Van Es J. *Een halve eeuw huisartsgeneeskunde. Van ambacht naar professie*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum, 2006.
22. Van Osselen E, Helsloot R, Van der Werf G, Van Zalinge E. De dokter als medicijn: zeventig jaar timmeren aan de arts-patiëntrelatie. *Huisarts Wet* 2016;59:176-9.
23. Veen M, Blok BS, Bareman F, Bueving H. Uitwisselen van ervaringen in de huisartsopleiding. *Huisarts Wet* 2015;58:6-10.
24. Désilets V, Graillon A, Ouellet K, Xhignesse M, St-Onge C. Reflecting on professional identity in undergraduate medical education: implementation of a novel longitudinal course. *Perspect Med Educ* 2021;10:1-5.
25. De la Croix A, Veen M. The reflective zombie: problematizing the conceptual framework of reflection in medical education. *Perspect Med Educ* 2018;7:394-400.
26. Sawatsky AP, Huffman BM, Hafferty FW. Coaching versus competency to facilitate professional identity formation. *Acad Med* 2020;95:1511-4.
27. Veen M, Skelton J, De la Croix A. Knowledge, skills and beetles: respecting the privacy of private experiences in medical education. *Perspect Med Educ* 2020;9:111-6.

Barnhoorn PC, Veen M. 'Wie is daar?' Over professionele identiteitsvorming van de aios. *Huisarts Wet* 2021;64(7):55-7. DOI:10.1007/s12445-021-1160-9. Leids Universitair Medisch Centrum, afdeling Public Health en Eerstelijns Geneeskunde, Leiden: P.C. Barnhoorn, huisarts, onderzoeker, p.c.barnhoorn@lumc.nl. Erasmus Universitair Medisch Centrum, afdeling huisartsgeneeskunde, Rotterdam: M. Veen, projectleider onderzoek naar onderwijs. Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.



Medisch leiderschap als fundament van de opleiding

Claire Loots, Judy Van Es, Marco Philipoom, Jettie Bont

Het zorglandschap blijft continu in beweging en staat voor grote uitdagingen. Om geen speelbal te worden van de veranderingen, is het belangrijk dat huisartsen proactief zijn en de regie houden over hun werk – kortom, medisch leiderschap tonen. De hamvraag is of huisartsopleidingen aiossen daarvoor voldoende toerusten. De huisartsopleiding in Amsterdam heeft een leerlijn Medisch leiderschap ingevoerd. De auteurs gaan graag in gesprek over mogelijkheden om zo'n leerlijn ook in andere huisartsopleidingen te introduceren.

Het zorglandschap blijft continu in beweging en daarmee ook de huisartsgeneeskunde. In dit krachtenveld loert het risico dat huisartsen speelbal worden van alles wat er op ze afkomt en niet hun eigen koers varen. Dit kan leiden tot een reactieve manier van werken, waarbij alle verplichtingen en verwachtingen van patiënten, de maatschappij en het zorgsysteem, belangrijker lijken dan gewoon goede zorg leveren. Dat ondermijnt de professionele autonomie van de huisarts. Het past huisartsen veel beter om proactief te zijn, de regie te nemen en te behouden, en zo medisch leiderschap te tonen. Wij denken dat dit essentieel is om oplossingen te vinden voor de uitdagingen waarvoor

de zorg zich gesteld ziet, in de vorm van stijgende kosten, vergrijzing, toenemende wachttijden, personeelstekorten en uitgestelde zorg door de coronacrisis.^{1,2}

In hun werk tonen huisartsen impliciet medisch leiderschap. Als een spin in het web geven ze leiding aan processen, ze leiden patiënten door moeilijke situaties, ze sturen (multidisciplinaire) teams en samenwerkingspartners aan en ze hebben vaak bestuurlijke, wetenschappelijke of onderwijskundige nevenactiviteiten.

De hamvraag is of huisartsopleidingen aiossen voldoende toerusten en uitdagen om medisch leiderschap te ontplooiën. Er zijn signalen dat de nieuwe generatie huisartsen



Medisch leiderschap moet structureel en expliciet aandacht krijgen in de huisartsopleiding.

Foto: Shutterstock

geen praktijkhouder wil zijn of bestuurlijke functies op zich wil nemen.³ Daarnaast blijkt uit een enquête van Nivel dat alumni van de huisartsopleiding meer hadden willen leren over de rol van de huisarts en over management en ondernemerschap.⁴ De huisartsopleiding van het AMC heeft daarom een leerlijn Medisch leiderschap toegevoegd aan het curriculum. In dit opinieartikel pleiten wij ervoor om medisch leiderschap op te nemen in het Landelijk Opleidingsplan Huisartsgeneeskunde.

WAT IS MEDISCH LEIDERSCHAP?

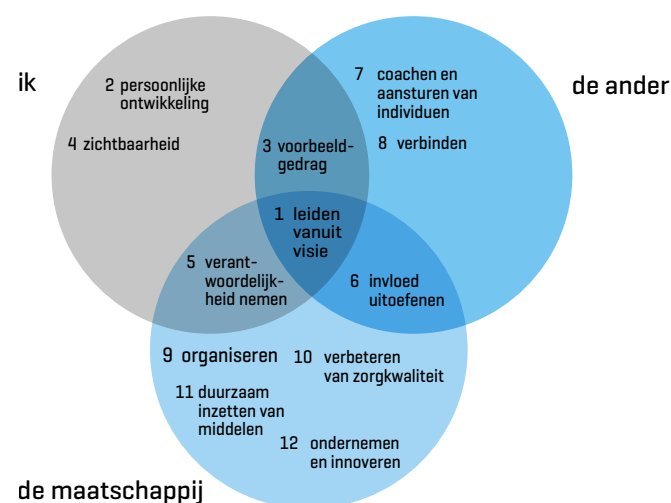
Medisch leiderschap is in Nederland op de kaart gezet door het Platform Medisch Leiderschap, dat geïnitieerd werd door jonge huisartsen en aiossen.⁵ Het feit dat dit een bottom-upbeweging is, is een typisch voorbeeld van medisch leiderschap. Andere sprekende voorbeelden van bottom-upinitiatieven zijn Het Roer Moet Om en Dappere Dokters.

Medisch leiderschap houdt in dat artsen continu werken aan persoonlijke groei, professionaliteit en effectiviteit. In de definitie van Carina Hilders, bijzonder hoogleraar Medisch management en leiderschap aan het instituut Beleid en Management Gezondheidszorg, is medisch leiderschap de verantwoordelijkheid nemen voor en sturing geven aan kwalitatief hoogwaardige zorg voor de patiënt, door de medische inhoud te verbinden met bestuurlijke, organisatorische, financiële en maatschappelijke thema's.⁶ Het Raamwerk Medisch Leiderschap beschrijft de competenties die hiervoor nodig zijn [figuur 1].⁵

Ook in de internationale literatuur wordt het belang van medisch leiderschap benadrukt als essentiële factor om de kwaliteit, patiëntveiligheid en kosteneffectiviteit van zorgorganisaties te verbeteren.⁷⁻¹⁰ Artsen die medisch leiderschap tonen, zijn proactief en autonoom. Zij versterken het team, inspireren anderen en zijn rolmodellen.¹¹ Carina Hilders beschreef

Figuur 1

Raamwerk Medisch Leiderschap: 'verandering in de gezondheidszorg mogelijk maken middels jezelf, anderen en de maatschappij'



Bron: Platform Medisch Leiderschap.⁵ Overgenomen met toestemming.

DE KERN

- Medisch leiderschap is het vermogen medische inhoud te verbinden met bestuurlijke, organisatorische, financiële en maatschappelijke thema's.
- De behoefte aan medisch leiderschap spreekt uit bottom-upinitiatieven zoals Platform Medisch Leiderschap, Het Roer Moet Om en Dappere Dokters.
- Huisartsopleidingen bereiden aios onvoldoende voor op het ontplooiën van medisch leiderschap.
- Medisch leiderschap en de bijbehorende competenties zouden een plek moeten krijgen in het Landelijk Opleidingsplan Huisartsgeneeskunde.

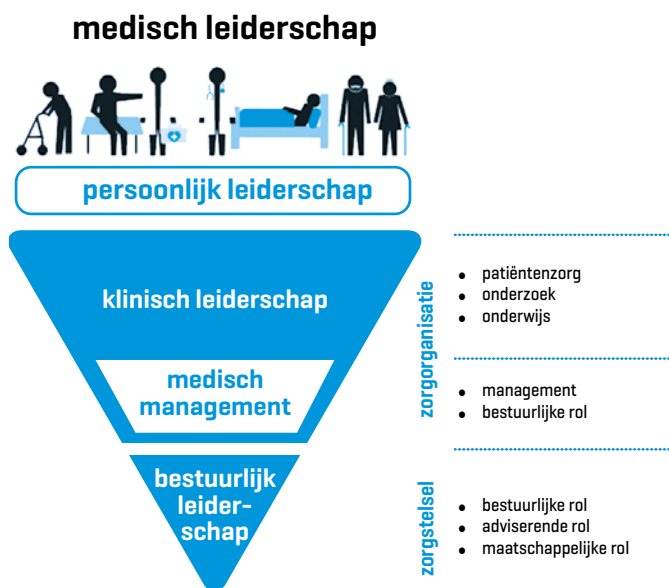
het onlangs mooi in een interview met Leading Doctors.¹² Medisch leiderschap is een gelaagd begrip [figuur 2].¹³ Persoonlijk en klinisch leiderschap vormen het fundament voor iedere huisarts. Medisch management en ondernemerschap zijn voor huisartsen belangrijk in verschillende rollen zoals het voeren van een praktijk, het managen van een gezondheidscentrum of het vervullen van functies in overkoepelende organisaties. Veel huisartsen hebben nevenactiviteiten die om bestuurlijk leiderschap vragen.

MEDISCH LEIDERSCHAP IN DE HUISARTSOPLEIDING

Er is grote belangstelling voor het inbedden van medisch leiderschap in het curriculum van artsenopleidingen.^{5-8,10,11} De Federatie Medisch Specialisten omarmde het thema in de rapporten *Medisch leiderschap in de vervolgopleiding* (2016) en *Visiedocument medisch specialist 2025* (2017).^{6,14} Dát medisch leiderschap essentieel is voor toekomstbestendige zorg wordt regelmatig beschreven, maar er is weinig onderzoek gedaan naar hoe medisch leiderschap kan worden gestimuleerd en ingebed in het curriculum. Individuele interventies worden het vaakst beschreven, terwijl interventies in de cultuur van samenwerken en op het niveau van de organisatie minstens even belangrijk zijn.¹⁵ Hier ligt een belangrijke uitdaging voor medisch leiderschap in het onderwijs. In de medische beroepsgroep zijn professionele normen en waarden stevig vastgelegd en aioss lijken zich aan die verwachtingen te moeten conformeren. Maar leiderschap betekent óók eigen afwegingen maken en vervolgens wellicht tot andere besluiten komen. Een recent artikel spreekt over *agency*, een begrip dat vertaald kan worden als 'eigen leiderschap' en dat wij beschouwen als een kern van medisch leiderschap.¹⁶ De auteurs beschrijven dat sociaal kapitaal, zelfkennis en mentoring *agency* bevorderen belangrijke onderdelen zijn in de medische opleiding van het onderwijs in medisch leiderschap. Veel huisartsopleidingen bieden impliciet al elementen van medisch leiderschap aan onder noemers als 'professionele ontwikkeling', 'samenwerken', 'praktijkmanagement' en wellicht nog andere. Medisch leiderschap gaat echter verder dan losse onderdelen, het gaat erom leiderschap te ontwikkelen vanuit een visie. Daarom stellen wij voor om medisch leider-

Figuur 2

De gelaagdheid van medisch leiderschap



Bron: Hilders 2015.¹³ Overgenomen met toestemming.

schap en de bijbehorende competenties expliciet een plek te geven in het Landelijk Opleidingsplan Huisartsgeneeskunde, zodat we gezamenlijk kunnen werken aan de ontwikkeling en implementatie van medisch leiderschap van huisartsen en aan uniformiteit van het onderwijs daarin binnen alle opleidingen. In de [online bijlage] beschrijven we hoe medisch leiderschap in het Amsterdamse curriculum is geïmplementeerd aan de hand van het thema 'aios in the lead'. Met het integreren van het Raamplan Medisch Leiderschap in het curriculum is de missie echter nog niet voltooid. Het vervlechten van medisch leiderschap met de thema's van het landelijk opleidingsplan deskundigheidsbevordering van docenten en opleiders vraagt om continue aandacht van een toegewijd team. Andere uitdagingen zijn hoe om te gaan met toetsing en aiossen die zich vooral richten op vakinhoudelijk onderwijs, waardoor ze minder urgentie voelen voor dit 'softere' onderwijs.

CONCLUSIE

We pleiten ervoor medisch leiderschap structureel en expliciet aandacht te geven in de huisartsopleiding. We gaan graag met andere stakeholders in gesprek over de inbedding van medisch leiderschap in alle huisartsopleidingen zodat de huisartsen die nu opgeleid worden, de vaardigheden en kennis meekrijgen om toekomstbestendige zorg te kunnen blijven leveren. Ons pleidooi speelt in op de wens van alumni om meer te leren over de rol van de huisarts en over management en ondernemerschap. Meer onderzoek naar de onderwijskundige principes op basis waarvan medisch leiderschap het best kan worden gestimuleerd, zal de meerwaarde voor de huisartsopleiding en voor het vak van huisarts verder duidelijk maken. ■

LITERATUUR

1. Zorg voor de toekomst: over de toekomstbestendigheid van de zorg. Verkenning 20/02. Den Haag: Sociaal Economische Raad, 2020.
2. Vereniging voor arts en auto (VvAA). Duurzame inzetbaarheid: Hype of handvat voor de uitdagingen in de zorg? <https://www.vvaa.nl/voor-leden/nieuws/duurzame-inzetbaarheid>. Geraadpleegd: 1 mei 2021.
3. Nivel. Balans in vraag en aanbod huisartsenzorg. <https://www.nivel.nl/nl/publicatie/balans-vraag-en-aanbod-huisartsenzorg>. Geraadpleegd: 1 mei 2021.

De volledige literatuurlijst staat bij dit artikel op www.henw.org.

Loots CM, Van Es JM, Philipoom MJ, Bont J. Medisch leiderschap als fundament van de opleiding. Huisarts Wet 2021;64(7):58-60. DOI:10.1007/s12445-021-1172-5. Amsterdam UMC, locatie AMC, afdeling Huisartsgeneeskunde, huisartsopleiding: dr. C.M. Loots, huisarts, c.m.loots@gmail.com; M.J. Philipoom, voorzitter themagroep Medisch leiderschap; dr. J.M. van Es, hoofd huisartsopleiding; prof. dr. J. Bont, huisarts en afdelingshoofd. Mogelijke belangenverstrengeling: CL is oprichter van de Stichting Leading Doctors; MP is oprichter van In Contact: training en coaching in de zorg. Beiden waren onder leiding van JvE nauw betrokken bij de ontwikkeling van het thema Medisch leiderschap in het project van curriculumvernieuwing.



Empathie van de huisarts in wording

Raissa Derckx

Empathie is belangrijk voor effectieve arts-patiëntcommunicatie. Je kunt deze vaardigheid ontwikkelen, maar gemakkelijk is dat niet. Een kwalitatief onderzoek laat zien dat eerstejaars aiossen vooral behoefte hebben aan ruimte om te oefenen en aan goede rolmodellen, terwijl derdejaars het liefst leren van feedback van de patiënt.

De onderzoekers keken in 6 focusgroepen naar de ervaringen van aiossen met empathie. Het ging om 35 aiossen uit 3 leerjaren van de universiteiten van Leiden en Nijmegen. De onderzoekers definieerden empathie als 'het willen en kunnen van een arts om de situatie van de patiënt, zijn perspectief en gevoelens te begrijpen [...]' en daarnaar te handelen.

Alle aiossen zagen het belang in van empathie en vonden dat het curriculum hierin meer kon voorzien. Eerste- en laatstejaars hadden daarin wel andere

behoeften. Eerstejaars vonden het moeilijk om te gaan met hun persoonlijke emotionele reacties op de emoties die patiënten toonden. Zij gaven aan vooral te profiteren van ruimte om te oefenen, zich comfortabel voelen in de praktijk en zich kunnen vergelijken met collega's. Zij noemden ook coaching en een opleider als rolmodel. Verder hadden zij behoefte aan theorie over empathie in de opleiding. Derdejaars daarentegen hadden empathie reeds geïntegreerd in hun medisch handelen. De katalysatoren daarbij waren persoonlijke groei, een goede werk-privébalans en zelfvertrouwen in de praktijk. Hun onderwijsbehoefte lag in het ontvangen van feedback van echte patiënten.

De beperkingen van het onderzoek zijn de omvang (slechts 2 onderwijsinstellingen), het risico op sociaal gewenste antwoorden in focusgroepen en de mogelijk grote invloed van de moderator.

De onderzoekers adviseren gerichtere



aandacht voor empathie in de huisartsopleiding. Denk daarbij aan theorie over empathie, de opleider als empathisch voorbeeld en feedback van 'echte' patiënten en opleiders. Zorg ook voor vaardigheidstraining in empathische communicatie. ■

Derksen FAWM, et al. Clinical Empathy in GP-training: Experiences and Needs among Dutch GP-trainees. "Empathy as an element of personal growth." Patient Educ Couns 2021 Mar 31. DOI: 10.1016/j.pec.2021.03.030 [epub ahead of print].

PROFESSIONALITEIT IN DE ZORG

P.J. van Dijken, P.C. Barnhoorn, J.M.C. Geurts [redactie] | Professionaliteit in de zorg | Houten: Bohn Stafleu van Loghum, 2021 | 264 pagina's | € 44,95 | ISBN 9789036825818



Je oom 'behandelen', is dat verstandig? Bang voor een conflict met een collega? Wat laat je wel en niet van jezelf zien in je werk? En op LinkedIn? Hoe ver gaat jouw beroepsgeheim? Protocol schuurt met context, en dan? Hoe zorg je dat je fluitend naar je werk blijft gaan, ondanks de hoge werkdruk? Een fout gemaakt, en dan...? Hoe ga je om met maatschappelijke

onderwerpen als medicalisering of de groeiende invloed van medische technologie (moet alles wat kan)?

Dit boek zet aan tot nadenken en gesprekken over deze thema's en dilemma's in de zorg (en over nog veel meer), die we als

huisarts allemaal regelmatig tegenkomen in ons dagelijks werk. Het is prettig en toegankelijk geschreven vanuit de praktijk door een gemêleerde groep van ervaren artsen, docenten, beleidsmakers en politici. Met herkenbare casussen en voorbeelden uit de dagelijkse praktijk prikkelt en inspireert dit boek je na te denken over je eigen professionaliteit en je waarden. Mooie vragen worden gesteld en discussiepunten aangereikt over maar liefst 30 onderwerpen. Hiermee helpt het bij de ontwikkeling en kritische beschouwing van de persoonlijke en professionele identiteit.

Iedere (aanstaande) arts en medische professional kan met hulp van dit boek bij zichzelf of met collega's (bijvoorbeeld in een intervisiegroep) stilstaan bij de vragen: 'hoe zou ik zelf willen, moeten of kunnen handelen in de geschetste situaties?' Ook docenten van medische opleidingen kunnen met de kennisoverdracht en casuïstiek uit dit boek prachtige onderwijsprogramma's maken over bovengenoemde en andere actuele onderwerpen. Een aanrader dus voor huisartsen, zowel in de opleiding als daarna. ■

Thea Toemen

BEOORDELING: ●●●●●



ONTWICHTING VAN HET 50E LEVENSJAAR

De coronagroep

Hieke Barends, aios Amsterdam UMC, locatie VUmc



‘O, dus jullie zijn die coronagroep?’ zei laatst een collega die net een half jaar eerder dan wij met de opleiding was gestart. Onze opleidingsgroep trapte inderdaad af in maart 2020. Waar we tijdens de introductiedagen begin maart het ‘Wuhanvirus’ nog weglachten en voor een griepje versleten, werden we rap ingehaald

door de realiteit. Aan het einde van de tweede opleidingsweek maakten de spreekuren gericht op ‘kleine kwalen’ plaats voor spoedconsulten en lege wachtkamers, en leerden we samen met onze opleiders over brievenbusconsulten, persoonlijke beschermingsmiddelen en het COVID-19-virus. Een pandemie was zelfs voor de meest ervaren collega’s onontgonnen terrein. Dit deed een beroep op de creativiteit en het improvisatievermogen, maar schiep ook verbroedering en teamgevoel. Zo had ik als aios al snel de taak wekelijks een beknopt nieuwsoverzicht te maken van de belangrijkste wetenschappelijke ontwikkelingen. Ik dook in de brij aan informatie, zocht alles uit over de PBM die we zo snel mogelijk moesten inkopen en struinde de Dappermarkt af op zoek naar doktersjassen (ze hadden daar nog een voorraad van wijlen het Slotervaartziekenhuis liggen). Er waren weinig consulten over doorsnee ‘kleine kwalen’, hoestklachten en keelpijn. Er waren wel veel consulten over handeczeem na veelvuldig gebruik van handalcohol, nachtelijke paniekaanvallen en KANS bij slechte thuiswerkplekken. Grote voordelen van starten in coronatijd? Dat je snel onderdeel van het team wordt, veel leert over triage en digitale consultvoering en bovenal dat je leert anticiperen op plots veranderende omstandigheden. En onze coronagroep? Die is behoorlijk hecht en gezellig. We hebben laatst onze eerste ‘distance disco’ gehad. Ik kijk nu al uit naar de groepsreünie over 5 jaar, waarin we hopelijk zonder mondkapje of 1,5 meter afstand nog eens zullen terugblikken op deze bijzondere start van de opleiding. ■

Gewoon weer eens samen

Valerie Fijen, aios, Universiteit van Maastricht

Bedrukt kijk ik naar het beeldscherm. Buiten waait en regent het. Voor het gemak heb ik mijn pyjamabroek maar aangelaten, geen haan die ernaar kraait. Op het scherm staren 12 gezichten terug. Hoezeer verlangen wij allemaal naar die ongedwongen momentjes bij het koffieapparaat.



Daar komen de echte verhalen naar boven op de terugkomdagen. Daar kun je echt je hart luchten. Eens tieren over je opleider of over die eeuwigdurende dienst van afgelopen weekend.

Kon je maar weer – zonder er al te veel over te hoeven nadenken – die sombere patiënt een schouderklopje geven, de kersverse ouders feliciteren of je 99-jarige topfitte bejaarde een hand geven voor zijn verjaardag. Reflecteren voor een beeldscherm, huidvlekjes per e-mail beoordelen of patiënten geruststellen over de telefoon: dat is toch niet wat ik had verwacht van de huisartsopleiding. Aan de andere kant, wie wil er nu niet een steentje bijdragen *wenn es passiert?* Midden in de actie zijn? Deel uitmaken van een groter team dat zoveel mogelijk patiënten helpt en ondersteunt?

Triage, acute opvang, infectiepreventie, praktijkmanagement: het komt allemaal in sneltreinvaart voorbij. Af en toe een zoomsessie, of die verschrikkelijke persoonlijke beschermingsmiddelen, die horen er dan maar bij. Maar gewoon weer eens samen, wat zou dat fijn zijn. Oogcontact. Schouder aan schouder. Laten we dat weer omarmen. ■



Observatie in de opleidingspraktijk

Chris Rietmeijer

Aiossen en opleiders vinden observatie van technische vaardigheden vaak lastig, vooral als het gaat om basisartsvaardigheden. Aiossen kunnen bang zijn om door de mand te vallen. Opleiders laten het initiatief graag aan de aios over, omdat zij niet graag de rol van controleur innemen. Opleiders en aiossen moeten worden gestimuleerd om het gesprek aan te gaan over hun eigen en elkaars vaardigheden, en over de wijze waarop ze met observaties willen omgaan.

Observatie is in alle medische (vervolg)opleidingen een van de belangrijkste middelen om te leren van je opleider.^{1,2} Het is cruciaal voor geloofwaardige feedback en beoordeling: hoe kun je ergens iets over zeggen als je het niet hebt gezien?^{3,4} Toch blijkt uit veel internationaal onderzoek dat observatie te weinig plaatsvindt.^{4,5} In de Nederlandse huisartsopleidingen observeren we communicatievaardigheden veelvuldig (vaak met videobeelden), maar wat betreft het observeren van technische vaardigheden lijkt er ook in onze opleidingen ruimte voor verbetering.⁶

Als we observatie belangrijk vinden en het toch te weinig gebeurt, dan rijst de vraag wat er met observatie aan de hand is. Dat heb ik in het kader van mijn promotieonderzoek onderzocht. Ik bespreek eerst de problemen met observatie die aiossen, opleiders en patiënten volgens de literatuur rapporteren. Daarna beschrijf ik 3 eigen onderzoeken.⁷⁻⁹ Vervolgens bespreek ik onze bevindingen in relatie tot de literatuur en de implicaties voor de opleidingspraktijk.

In dit artikel verwijzen 'wij' en 'ons' naar het team dat het betreffende onderzoek uitvoerde. De term 'observatie' verwijst naar elke situatie waarin de opleider fysiek aanwezig is en observeert hoe de aios met de patiënt aan het werk is.

PROBLEMEN MET OBSERVATIE

Aiossen beschrijven ongemak en angst voor beoordeling, waardoor ze zich niet authentiek gedragen.^{5,10-13} Feedback op dit niet-authentieke gedrag vinden aiossen vaak niet waardevol.^{10,13} Aiossen kunnen ervoor beducht zijn dat hun vraag om observatie wordt gezien als een vraag om hulp, in een opleidingscultuur waarin autonomie en efficiëntie hoog worden gewaardeerd.¹⁴ Daarnaast zijn opleiders niet altijd beschikbaar.^{15,16} Opleiders willen wel observeren, maar vinden vaak dat aiossen erom moeten vragen.^{16,17} Aiossen en opleiders vinden observatie ook vaak lastig met het oog op de patiënt. Aiossen hebben het gevoel dat ze zich onecht gedragen. Ze hebben er daarbij soms moeite mee wanneer de patiënt zich tot de opleider richt.¹⁰ Over de ervaringen van patiënten in

observatiesituaties is uit vragenlijstonderzoeken bekend dat ze daar meestal globaal tevreden over waren.^{18,19} Meer explorerende onderzoeken naar patiëntervaringen tijdens observaties ontbreken nog.

Het is opvallend dat al het genoemde onderzoek nauwelijks beschrijft wat er precies met observatie wordt bedoeld en hoe observatiesituaties er in de praktijk uitzagen. We weten daardoor niet of en hoe de genoemde problemen met specifieke aspecten van observatiesituaties samenhangen. Daarom wilden we weten hoe observatie van technische vaardigheden in de huisartsopleidingspraktijk in zijn werk gaat, en hoe aiossen en opleiders de verschillende aspecten daarvan beleven. Het gaat om 2 focusgroeponderzoeken, onder aiossen en opleiders. Ik bespreek deze gecombineerd.^{7,8} Vervolgens beschrijf ik een interviewonderzoek met patiënten, waarin we nagingen hoe het is om als patiënt in een observatiesituatie aanwezig te zijn.⁹

FOCUSGROEPONDERZOEKEN ONDER AIOS EN OPLEIDERS

Methode

Elk onderzoek omvatte 4 focusgroepen met in totaal ongeveer 30 aiossen en 30 opleiders.^{7,8} De focusgroepsgesprekken startten met het verzoek aan de deelnemers om te vertellen over situaties waarin observatie van technische vaardigheden plaatsvond (alle vormen van lichamelijk onderzoek en kleine verrichtingen). Aanvullende vragen gingen over de beleving van aiossen en opleiders, het belang dat ze aan observatie hechtten, wie observatie zou moeten initiëren, enzovoort. De gegevensverzameling en -analyse gingen door totdat nieuwe focusgroepsgesprekken geen nieuwe inzichten over observatiesituaties meer opleverden. We volgden hierbij de principes van *constructivist grounded theory*.²⁰

Resultaten

Vrijwel alle aiossen en opleiders vonden observatie belangrijk voor het leerproces van de aios en met het oog op de patiëntveiligheid. Ze rapporteerden echter ook ongemak.

Taboe rond basisartsvaardigheden

Het observeren van basisartsvaardigheden (vooral lichamelijk onderzoek) veroorzaakte meer ongemak dan het observeren van 'nieuwe' vaardigheden, zoals kleine chirurgische verrichtingen. Aiossen hadden vaak het gevoel dat ze de basisartsvaardigheden al zouden moeten beheersen en opleiders deelden dat gevoel. Bij aiossen leidde dat tot een soort examenvrees. Opleiders kregen op hun beurt het gevoel een

DE KERN

- Aiossen en opleiders moeten de beheersing van alle technische basisartsvaardigheden zonder gêne of oordeel kunnen bespreken. De vraag is daarbij niet of de aios vaardigheid x of y beheerst, maar in welke mate.
- Aiossen en opleiders moeten een open dialoog voeren over de wederzijdse wensen tijdens observatie en consultatie en samen een plan moeten maken voor observaties.
- Het is belangrijk dat aiossen de regie nemen over ad-hocobservaties. Het is beter deze niet te gebruiken voor een niet van tevoren afgesproken controle of beoordeling.
- Een geregeld om-en-omspreekuur lijkt een panacee voor alle uitdagingen van observatie binnen de opleidingsrelatie.
- Patiënten hebben tijdens observaties vaak behoefte aan enig contact met de opleider, hun vertrouwde huisarts. Ze hebben ook vaak behoefte aan expliciete instemming van de opleider met het beleid van de aios.

opdringerige controleur te zijn: 'Wie ben ik om te controleren of ze deze vaardigheden al beheersen? Ze zijn toch basisarts?' Hier lag een taboe dat voor veel ongemak zorgde. Observatie van 'nieuwe' vaardigheden lag meer voor de hand: aiossen moesten die nog leren en opleiders voelden zich dan vrijer om als leermeester op te treden.

Ad-hocobservatie

Tijdens de gesprekken over observatie gingen de meeste verhalen in beide onderzoeken over ad-hocobservaties: de situatie waarin de aios de opleider erbij vraagt om even te komen kijken of helpen, wat gewoonlijk consultatie wordt genoemd. Dit soort observaties zagen veel opleiders het liefst: ze wilden graag observeren, maar de aios moest erom vragen. Ad-hocobservaties bleken dan ook verreweg het meest voor te komen én verantwoordelijk te zijn voor de meeste misverstanden en het grootste ongemak tijdens het observeren. We vonden hierbij verschillende scenario's:

- a. De opleider besprak de vraag met de aios en ging daarna weer weg.
- b. De opleider controleerde, gevraagd of ongevraagd, de bevindingen door een deel van de anamnese of het lichamelijk onderzoek te herhalen.
- c. De opleider vroeg de aios het lichamelijk onderzoek onder observatie te herhalen.
- d. De opleider nam het consult over.

Scenario's b, c en d leidden geregeld tot ongemak en soms irritatie bij de aiossen. Ze voelden zich beoordeeld of gecontroleerd, soms niet serieus genomen of kregen zelfs het gevoel weer een coassistent te zijn en geen dokter. Alleen scenario c,

dat weinig voorkwam, leidde werkelijk tot observatie van een technische vaardigheid in engere zin.

Het viel op dat aiossen vaak weinig regie voerden over welk scenario zich ontrolde. Het overkwam hen meer. Daarbij gingen aiossen, als het scenario niet naar hun zin was, vaak niet met hun opleider in gesprek. In plaats daarvan gingen ze observatiesituaties soms verder vermijden.

Opleiders gaven aan het lastig te vinden als aiossen weinig om observaties vroegen. Dan werden ze soms onzeker over de patiëntveiligheid of de ontwikkeling van de aios. Wanneer opleiders meer wilden observeren, waren ze daar vaak niet duidelijk over, uit angst dat de aios zich gewantrouwd zou kunnen voelen.

Geplande, wederzijdse observatie: het om-en-omspreekuur

In veel opleidingspraktijken zagen aiossen en opleiders aan het begin van hun jaar een aantal patiënten samen. Vaak gebeurde dat om-en-om: de opleider zag een patiënt terwijl de aios observeerde en bij de volgende patiënt waren de rollen omgedraaid. Opleiders deden dit onder meer omdat ze wilden zien wat voor vlees ze in de kuip hadden. Wat kan de aios al en hoe gaat hij om met wat hij nog niet weet en kan? Daarbij ging het niet alleen om technische vaardigheden. Ten tijde van onze focusgroepsgesprekken (2016) ging een minderheid van de praktijken hier het hele jaar mee door, bijvoorbeeld eens per week 1,5 uur.

Aiossen en opleiders rapporteerden veel voordelen van het om-en-omspreekuur. Elkaar observeren gaf een sfeer van samen leren. Doordat de opleider zich ook liet observeren en om feedback vroeg, fungeerde deze als lerend rolmodel. Door elkaar regelmatig te observeren wende niet alleen observatie, maar ook wenden aios en opleider aan elkaar. Daardoor ontstond er vertrouwen en een gevoel van veiligheid. Dat maakte dat aiossen meer open konden staan voor feedback en er dus meer van konden leren. Aiossen leerden ook veel door hun opleider te observeren – het afkijken van de kunst. Ze zagen ook het grote belang van deze om-en-omsprekuren voor het opsporen van blinde vlekken. Zo vertelde een aios dat de opleider zag dat hij zijn otoscoop helemaal verkeerd vasthad: 'Voor hetzelfde geld was ik dat de komende 40 jaar zo blijven doen...' Aiossen rapporteerden dat een goede opleidingsrelatie niet alleen belangrijk is om van observatie te leren, maar dat veelvuldig elkaar observeren ook sterk kan bijdragen aan die goede opleidingsrelatie.

INTERVIEWONDERZOEK MET PATIËNTEN

Aiossen en opleiders hebben ideeën over hoe het voor de patiënt is om in een observatiesituatie aanwezig te zijn. Dit is nog niet eerder systematisch onderzocht. Kennis hierover leek ons relevant met het oog op het welbevinden van de patiënt en een completer begrip van de interacties in observatiesituaties.

Methode

We deden een fenomenologisch interviewonderzoek met 11 patiënten in de huisartsenpraktijk, direct na een geplande



Observatie van basisartsvaardigheden kan leiden tot ongemak bij zowel de aios als de opleider.

Foto: Shutterstock

observatie van een heel consult (waarbij de opleider de aios observeerde).⁹ In een fenomenologisch onderzoek staan de ervaringen van de deelnemers centraal. Bij de analyse gaat het niet zozeer om het thematiseren van de ideeën en meningen van de deelnemers, als wel om het vastleggen van de onveranderlijke structuren van een ervaring – in dit geval hoe het is om als patiënt in een observatiesituatie te zijn.^{21,22}

Resultaten

Kort samengevat spraken patiënten van een win-winsituatie: ze droegen bij aan het leren van de aios en kregen de volle aandacht van 2 dokters. Een onveranderlijke structuur van de ervaring was dat patiënten altijd interacties in een triade ervoeren. Daarbij bleken patiënten veel belang te hechten aan rustige en vriendelijke interacties tussen alle partijen. Patiënten ervoeren in de observatiesituatie altijd enig contact met de opleider, waar deze ook in de ruimte zat en ongeacht wat deze deed. Patiënten hadden vaak behoefte aan tekenen van verstandhouding met hun vaste huisarts, vooral als gezamenlijke herinneringen of emoties een rol speelden. Daarnaast zochten patiënten naar tekenen die erop wezen dat de opleider het beleid van de aios goedgekeurde.

BESCHOUWING

Onze resultaten bevestigen dat aios, opleiders en patiënten observaties belangrijk vinden voor het leren van de aios, én

dat er rond observaties ongemak kan bestaan.^{1-5,10,14,18,19,23} Als nieuwe bevinding voegen wij toe dat dat dit soort ongemak kan samenhangen met wat er wordt geobserveerd en in welke situatie.

Observatie van basisartsvaardigheden riep meer ongemak op dan observatie van 'nieuwe' vaardigheden. Aiossen voelden zich geregeld gecontroleerd en opleiders hadden snel het gevoel controleurs te zijn.

Ad-hocobservaties bleken relatief veel ongemak te veroorzaken. Het lijkt belangrijk dat de aios daarin meer de regie neemt of krijgt en dat de opleider geen ongevraagde controle of observatie doet of het consult overneemt, wat ten koste gaat van het gevoel van autonomie van de aios. Hoe belangrijk dat gevoel voor de intrinsieke motivatie is, kennen we uit de voor het onderwijs belangrijke *Self determination theory*.²⁴

Opvallend was dat aiossen ongemak of irritaties rond observatie vaak niet met de opleider bespraken en in plaats daarvan observatiesituaties soms verder uit de weg gingen. Ook die bevinding strookt met eerder onderzoek.²⁵ Het lijkt dan ook van groot belang dat opleiders een open en constructieve dialoog stimuleren. Die dialoog zou in elk geval moeten gaan over de beheersing van basisartsvaardigheden, zeker ook omdat we weten dat het aanvangsniveau van aiossen door hun verschillende voortrajecten sterk uiteen kan lopen. De vraag zou daarbij niet moeten zijn of, maar in welk mate ze vaardigheid x of y beheersen. We weten dat vaardigheid toeneemt door veel

bewust oefenen, met geregelde feedback.²⁶ Daarnaast zouden aiossen en opleiders van meet af aan met elkaar het gesprek moeten aangaan over hoe zij in observatiesituaties met elkaar en met de patiënt willen omgaan. Zo'n open gesprek is niet vanzelfsprekend in opleidingssituaties, waarin altijd sprake is van enige machtsongelijkheid.^{1,27} Het lijkt te helpen als opleiders daartoe geregeld het initiatief nemen en laten zien dat ze bereid zijn om op basis van feedback samen naar oplossingen voor knelpunten te zoeken.^{28,29}

Regelmatige om-en-omsprekken (bijvoorbeeld eens per week) maakten observaties, en het gesprek erover, volgens onze deelnemers gewoner en gemakkelijker. Zulke gesprekken lijken op basis van ons onderzoek haast een panacee voor alle uitdagingen van observatie binnen de opleidingsrelatie. Daarom heeft de huisartsopleiding van Amsterdam UMC, locatie VUmc, in 2019 van het om-en-omsprek een vast onderdeel van de opleiding gemaakt. Ook andere huisartsopleidingen hebben het om-en-omsprek in het curriculum opgenomen. Ons onderzoek onder patiënten liet zien dat er in observatiesituaties altijd contact was tussen de patiënt en de opleider, en dat de patiënt daar om verschillende redenen behoefte aan had. Wanneer opleiders dat weten, zullen ze zich er meer van bewust zijn dat ze deel uitmaken van de situatie die ze observeren. En dat observeren als een vlieg op de muur niet goed mogelijk is en ook niet wenselijk. Het is weliswaar belangrijk dat opleiders zich tijdens observaties terughoudend opstellen, maar enig contact met de patiënt en de aios lijkt op grond van onze bevindingen gewenst.⁴

Een beperking van onze onderzoeken is dat wij ze in de context van slechts 1 huisartsopleiding uitvoerden. De huisartsopleidingen verschillen onderling in de mate waarin zij om-en-omsprekken en/of formele incidentele observaties (in de vorm van korte praktijkbeoordelingen) hebben geïmplementeerd. Op onze opleiding was er ten tijde van ons onderzoek sprake van een relatief lage implementatiegraad.

Ondanks deze beperking denken we dat onze bevindingen betekenis hebben, vooral voor de Nederlandse huisartsopleidingen, en mogelijk ook daarbuiten.

CONCLUSIE

Ongemak tijdens observatie van technische vaardigheden kan samenhangen met het soort vaardigheden dat wordt geobserveerd en in welke situatie dat gebeurt. Observatie van basisartsvaardigheden leidt tot meer ongemak dan observatie van 'nieuwe' vaardigheden. Ad-hocobservaties leiden tot meer ongemak dan geplande observaties. Onze resultaten lijken erop te wijzen dat observaties, en het gesprek erover, makkelijker en vruchtbaarder worden door wekelijkse om-en-omsprekken. In observatiesituaties is het met het oog op het welbevinden van de patiënt van belang dat de opleider enig contact heeft met de patiënt en de aios.

LITERATUUR

1. Kilminster S, Cottrell D, Grant J, Jolly B. AMEE Guide no. 27: effective educational and clinical supervision. *Med Teach* 2007;29:2-19.
2. Van der Vleuten CP, Driessen EW. What would happen to education if we take education evidence seriously? *Perspect Med Educ* 2014;3:222-32.
3. Holmboe ES, Sherbino J, Long DM, Swing SR, Frank JR. The role of assessment in competency-based medical education. *Med Teach* 2010;32:676-82.

De volledige literatuurlijst staat bij dit artikel op www.henw.org.

Rietmeijer CBT. Observatie in de opleidingspraktijk. *Huisarts Wet* 2021;64(7):63-6. DOI:10.1007/s12445-021-1164-5.
Amsterdam UMC, locatie VUmc, Huisartsopleiding, Amsterdam: C.B.T.
Rietmeijer, huisarts, promovendus, c.b.t.rietmeijer@gmail.com.
Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.



Handig worden, vaardig blijven!

Ria Jochemsen-van der Leeuw

Het aanleren van Medisch Technische Vaardigheden tijdens de huisartsopleiding en nascholing is vooral gericht op het in de vingers krijgen van medische handelingen: dus handig worden. Een vaardige huisarts past de uitvoering van deze handelingen aan eigen talenten, praktijkmogelijkheden en de patiëntenvraag aan. Bovendien zal een vaardige huisarts zich hierin weten te verbeteren. Leren (aanstaande) huisartsen om vaardig te worden of is daar meer voor nodig?

Uit een Nivel-rapport uit 2018 bleek dat 69% van de ondervraagde aiossen vond dat tijdens de huisartsopleiding voldoende aandacht is besteed aan het aanleren van Medisch Technische Vaardigheden (MTV).¹ De vraag is of ze zich dan ook tot vaardige huisartsen ontwikkeld hebben. Zo'n 30% van de aiossen vindt dat er te weinig aandacht aan besteed is. Onderzoek geeft aan dat MTV aanleren de best beïnvloedbare factor voor een veilige patiëntenzorg

is.² Het is dus nodig de (na)scholing in vaardigheden te optimaliseren. Voor meer geur en kleur dan alleen medisch handelen in (na)scholing is het 4711-format ontwikkeld: voorbereiding met de 4-stapsmethode, integratie van 7 competenties, observatie en feedback in 1 setting, vaardigheid verkrijgen, verbeteren en behouden via 1 leercirkel. Alleen met deze verruimde blik ontwikkelt een huisarts blijvende vaardigheid.

HUISARTSGENEESKUNDIGE VAARDIGHEDEN

MTV betreffen lichamelijk onderzoek, en aanvullende diagnostische en therapeutische ingrepen. Door substitutie en innovatieve technologie zijn steeds meer MTV, ook complexe, in de eerste lijn uit te voeren. Samenwerking in grotere verbanden met een mogelijkheid tot subspecialisatie versterkt dit proces. Ook de opleiding tot kaderarts en/of speciale deskundigheid met inschrijving in het CHBB-register draagt eraan bij.³

Wanneer aiossen bewust worden van welke MTV in de huisartsenpraktijk uitgevoerd kunnen worden, kunnen ze kiezen welke MTV ze gaan aanleren [figuur 1, niveau A].⁴ Daarom zijn deze niveaus toegevoegd en gaan ze vooraf aan de niveaus van de piramide van Miller.⁵ Een inventarisatie in 2017 onder 78 opleiders, docenten en aiossen van alle 8 huisartsopleidingen leverde meer dan 150 MTV op die een huisarts kan verrichten. Deze zijn verzameld in het Overzicht van vaardigheden, waarbij onderscheid wordt gemaakt tussen basis- of facultatieve MTV.⁶ Het Framework voor vaardigheden biedt een overzicht van dezelfde MTV, gericht op opleiders en docenten, en is ingedeeld volgens de thema's en kenmerkende beroepsactiviteiten (KBA's) van het Landelijk Opleidingsplan Huisartsgeneeskunde.^{7,8} Een KBA is een activiteit die van wezenlijk belang is voor de huisartsgeneeskunde, waarvoor een geïntegreerde toepassing van meerdere competenties nodig is. MTV vallen onder verschillende KBA's. Het Framework geeft ook aan in welke setting het aanleren van de MTV bij voorkeur past, (na)scholing of huisartsenpraktijk.⁶



Door gezamenlijke spreekuren te houden kunnen huisartsopleider en aiös elkaar observeren.

Foto: Margot Scheerder

Tabel 1

Peytons 4-stapsmethode met uitbreiding voor gebruik instructiefilm

	Live met collega of opleider als observator	Als voorbereiding met instructiefilm en laatste stap met observator
Stap 1	Observator demonstreert MTV zonder commentaar	Film van MTV bekijken, zonder geluid
Stap 2	Observator demonstreert MTV en beschrijft daarbij elke stap hardop	Film van MTV bekijken, met geluid
Stap 3	Observator demonstreert MTV, terwijl lerende de stappen aangeeft	Film van MTV bekijken zonder geluid en zelf elke stap toelichten
Stap 4	Lerende voert MTV uit onder observatie en beschrijft hardop elke stap	Lerende voert MTV uit onder observatie en beschrijft hardop elke stap

DE 4-STAPSMETHODE

Van oudsher leerden artsen MTV aan in de meester-gezelrelatie, volgens het principe van: 'See one, do one, teach one'.⁸⁻¹⁰ Na het afleggen van de meesterproef, ongeveer overeenkomend met de hoogste niveaus van de piramide van Miller [figuur 1, niveau B], was de gezelschap de vaardigheid meester.^{8,11} Hoewel deze methode nog steeds van betekenis is, vraagt het aanleren van complexe, samengestelde en risicovolle MTV in een constant veranderende gezondheidszorg om meer voorbe-

reiding en een stapsgewijs leerproces.^{9,10,12} Dat geldt niet alleen voor aiossen bij het leren van MTV van huisartsopleiders en/of docenten, maar ook voor huisartsen bij het leren van nieuwe MTV, bijvoorbeeld van collega's. Uit onderzoek bleek dat Peytons 4-stapsmethode hiervoor een effectieve methode is [tabel 1].^{10,12-14}

DE 7 COMPETENTIES

(Na)scholing in MTV valt onder de competentie Medisch handelen. De (aanstaande)huisarts oefent dan handigheid tot het derde of vierde niveau van de piramide van Miller.¹¹ Maar vaardigheid vereist het zelfstandig in de dagelijkse praktijk toepassen en 7 competenties integreren [figuur 2, middencirkel].¹⁵ Er wordt daarom aandacht gevraagd voor een vijfde niveau; hier 'Vaardigheid' genoemd [figuur 1, niveau C]. Cruess et al. noemen dit niveau: 'IS', wat staat voor *identity*: het blijvend functioneren als een professioneel arts.¹⁶ Ten Cate et al. beschreven het als: 'is trusted': in staat om de uitvoering aan te passen aan de uitdagingen van de praktijk.¹⁷ Deze auteurs beschrijven het vijfde niveau dus als het niveau waarop de huisarts in staat is om blijvend alle competenties geïntegreerd toe te passen. Dit houdt ook in dat een (aankomend) huisarts het zelfstandig uitvoeren van MTV toevertrouwd kan worden als deze voldoende competenties heeft verworven.⁷

Al eerder zijn de competenties die minder aandacht krijgen beschreven als de zogenaamde 'weescompetenties'.¹⁸ Om deze competenties bij het uitvoeren van MTV in de praktijk te betrekken is de Korte Vaardigheden Beoordeling (KVB) ontwikkeld.¹⁹ Deze geeft per competentie aan waar feedback op kan worden gegeven [figuur 2, de buitencirkel].

OBSERVATIE EN FEEDBACK IN 1 SETTING

Observatie maakt feedback mogelijk. Door gezamenlijke gesprekken te houden kunnen huisarts(opleider) en (aanstaande) huisarts elkaar observeren.²⁰ Huisartsen/opleiders kunnen dan ook als rolmodel functioneren. Daarbij benoemt de huisarts/opleider voor (aanstaande) collega's en praktijkmedewerkers expliciet, dus hardop, welke impliciete gedachten aan beslissingen en uitvoering ten grondslag liggen.²¹ Het geven van narratieve feedback maakt hier een essentieel onderdeel van uit. Daarvoor zijn de Pendleton rules voor feedback ontwikkeld [tabel 2].^{22,23}

Tabel 2

Samenvatting van de Pendleton rules

	Feedback door observator aan MTV uitvoerende (aankomende) huisarts
Stap 1	Wat deed je goed?
Stap 2	Voeg toe wat er nog meer goed ging
Stap 3	Wat wil je de volgende keer anders doen?
Stap 4	Voeg eigen observatie en aanbevelingen toe

Figuur 1

Uitbreiding van de piramide van Miller



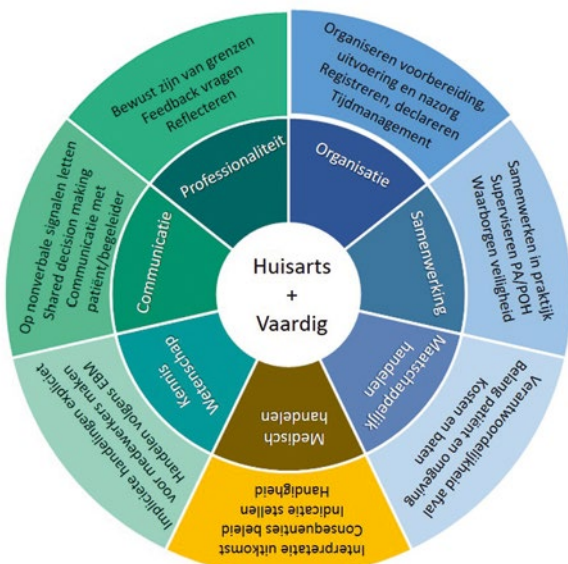
A: Bewustwording⁴

B: Piramide van Miller⁵

C: Toevoeging naar Cruess et al. en Ten Cate et al.^{16,17}

Figuur 2

De 7 competenties in de Korte Vaardigheden Beoordeling

**VAARDIGHEID VIA 1 LEERCIRKEL**

Reflecteren op uitvoering en feedback maakt het mogelijk leerpunten te formuleren, het uitvoeringsniveau te verbeteren en via de leercirkel vaardigheid te vergroten [figuur 3].²⁴ Ook hier is de KVB een hulpmiddel voor.¹⁹ Herhaalde uitvoering met een continue individuele kwaliteitsverbetering is ook het middel om vaardigheid te onderhouden: *learn, see, practice, prove, do, maintain*.²⁵

HULPMIDDELEN

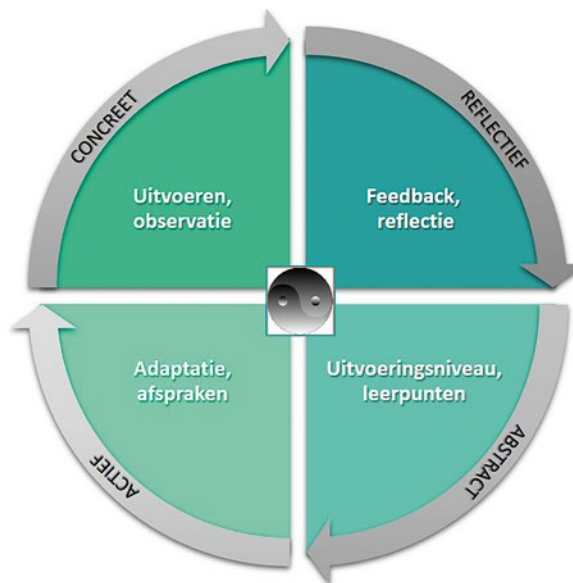
Naast de genoemde hulpmiddelen zijn de Toelichtingen op vaardigheden en Programma's voor ondersteunend onderwijs beschikbaar.^{26,27} De Toelichtingen omvatten korte stappenplannen voor het uitvoeren van MTV.²⁴ Ze geven informatie over het klaarzetten van benodigdheden voor en het verrichten van MTV, het afvoeren van gebruikt materiaal en het geven van nazorg. Vanuit deze Toelichtingen is eenvoudig door te klikken naar NHG-instructiefilms, die gebruikt kunnen worden bij de eerste 3 stappen van Peytons 4-stapsmethode.²⁸

De programma's voor ondersteunend onderwijs bevatten voorbeelden, literatuurverwijzingen en materiaal voor het geven van (na)scholing of individuele begeleiding.²⁷ Ook geven ze tips voor onderwijs op afstand (1,5 meter of online).

Aparte vermelding verdient een format voor een onderwijsworkshop.²⁹ Met behulp van dia's wordt de theorie uitgelegd, waarna de docent aan de hand van een voorbeeld oefent om de aiossen te coachen bij het aanleren van MTV.

Figuur 3

Toevoeging aan de leercirkel van psycholoog David Kolb

**TOEKOMSTGERICHTE VAARDIGHEID**

Het is voor de patiëntveiligheid nodig (aankomende) huisartsen op te leiden tot het levenslang onderhouden van hun vaardigheid en deze op een effectieve manier door te geven aan (aankomende) collega's. Dat kan alleen met een optimale (na-)scholing, waarvoor het 4711-format is te gebruiken. Dit vereist een correcte voorbereiding en uitvoering van MTV, en oefening in observeren en feedback geven. Ten slotte is blijvende aandacht nodig voor het bekwaam uitvoeren van MTV in de eigen praktijk. Elke individuele huisarts blijft daardoor vaardig in het uitvoeren van zijn of haar unieke set van MTV. ■

LITERATUUR

1. Vis E, Batenburg R, Van der Velden L. De kwaliteit van de opleiding tot huisarts anno 2018. Een onderzoek onder huisartsen in opleiding. Utrecht: Nivel, 2018.
2. Ahmed M, Arora S, John McKay, Long S, Vincent C, Kelly M, et al. Patient safety skills in primary care: a national survey of GP educators. BMC Fam Pract 2014;15:206.
3. LHV. College voor Huisartsen met Bijzondere Bekwaamheden (CHBB). <https://chbb.nl/>.

De volledige literatuurlijst staat bij dit artikel op www.henw.org.

Jochimsen-van der Leeuw HGA. Handig worden, vaardig blijven! Huisarts Wet 2021;64(7):67-9. DOI:10.1007/s12445-021-1176-1. Huisartsopleiding Amsterdam UMC, locatie AMC, Amsterdam: dr. H.G.A. Jochimsen-van der Leeuw, huisarts, docent, vaardighedencoördinator, h.g.jochimsen@amsterdamumc.nl. Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.



Een-op-een opleiden is een kwestie van vertrouwen

Agnes Diemers, Peter Boendermaker

De opleiding tot huisarts wordt gekenmerkt door 2 langere stages bij verschillende huisartsopleiders, naast een aantal kortdurende externe stages. Daarbij krijgt de aios een toenemende zelfstandigheid toevertrouwd. Dat vertrouwen is cruciaal tijdens de opleiding en groeit normaliter gestaag tijdens de stage. Diverse (f)actoren spelen een rol bij het opbouwen en geven van vertrouwen.

Vertrouwen als kernbegrip bij het opleiden krijgt pas sinds kort de aandacht die het verdient.¹ De vragen uit de casus van Kathy zijn dus relevant en urgent. Op basis van gericht literatuuronderzoek en onze eigen ervaring en expertise op dit gebied beschrijven we een zoektocht naar het antwoord op deze vragen, die bij veel (startende) opleiders leven. En misschien worden nieuwe vragen opgeworpen.

VERTROUWEN BINNEN DE OPLEIDINGSCONTEXT

Uit de literatuur blijkt dat er nog veel onduidelijk is over de factoren die bijdragen aan het tot stand komen van vertrouwen. Wat vertrouwen precies inhoudt, blijkt al lastig in woorden te vatten – de taal die we hiervoor nodig hebben lijkt nog te moeten worden ontwikkeld.²⁻⁴

Bij de opbouw van vertrouwen onderscheiden we 3 fasen. Eerst ontwikkelt zich het *veronderstelde* vertrouwen, gebaseerd op informatie van andere bronnen dan eigen ervaringen met de leerling. Dan volgt *initieel* vertrouwen, dat is gestoeld op de eerste eigen indrukken. Ten slotte ontstaat op basis van veel (eigen) indrukken en ervaringen het *gerechtvaardigde* vertrouwen.⁵ Klinische supervisors gebruiken diverse bronnen om zich een beeld van de aios te vormen, zoals informatie uit eigen observaties en van anderen die met de aios in contact komen (collega's, teamleden, patiënten).⁶ Onderzoek onder huisartsopleiders naar het opbouwen van vertrouwen in de aios toont aan dat ook zij veel verschillende bronnen gebruiken om vertrouwen te krijgen. Het is een holistisch benadering: voorkennis over de aios en veel eigen observaties in diverse situaties.⁷ De voor de huisartsopleiding kenmerkende longitudinale relatie helpt hierbij. In andere medische vervolgoopleidingen blijkt dat vaak lastiger.⁶ Naarmate de opleider meer ervaring krijgt speelt ten slotte ook intuïtie een belangrijkere rol.^{7,8} Deze intuïtie ontstaat met het opbouwen van expertise in het opleiden van aiossen in verschillende stadia van hun opleiding

CASUS KATHY WIL OPLEIDER WORDEN

Kathy Willemsen heeft zich aangemeld om opleider te worden. Naarmate ze er meer over nadenkt ziet ze ook wel wat beren op de weg. 'Durf ik mijn patiënten wel aan de aios toe te vertrouwen? Wat heb ik nodig om vertrouwen in de aios te krijgen? Wie kan me daar bij helpen en wat is de rol van groepsbegeleiders en collega-opleiders? Kan ik op mijn niet-pluisgevoel of intuïtie vertrouwen? Hoe krijg ik opleidings-expertise? En, heel belangrijk, hoe beïnvloedt het geven van vertrouwen aan de aios de kwaliteit van de zorg voor mijn patiënt!? Die zorg mag niet lijden onder het opleiden...'

Kathy vraagt zich af welke informatie ze nodig heeft om de aios te kunnen vertrouwen en hoe ze aan deze informatie kan komen. Hoe toetst ze haar indrukken van de aios? Welke hulpmiddelen of hulpverleners staan haar daarbij ten dienste? Ze gaat op zoek.

Kathy ziet het gaandeweg steeds meer zitten om opleider te worden, maar blijft ook kritisch. Het gaat vaak goed, denkt ze, maar wat als het moeizaam gaat? Waar kan ze dan aankloppen en hoe kijken 'ze' dan naar haar als [beginnend] opleider?

en in wisselende contexten. Daarmee bouwt de opleider een referentiekader op. Dit kan het zelfvertrouwen van de opleider versterken, wat noodzakelijk is voor het geven van vertrouwen aan de aios.⁸ Wanneer de aios ook vertrouwen heeft in de opleider, wordt de feedback van de opleider effectiever en neemt het onderlinge vertrouwen toe.⁹⁻¹¹ Een recent focusgroeponderzoek binnen de Nederlandse huisartsopleiding bevestigt het bovenstaande en benadrukt het belang van dat wederzijdse vertrouwen.¹²

Bij het opbouwen van vertrouwen spelen 5 (f)actoren een rol: de aios, de opleider, de relatie tussen aios en opleider, de context en uiteraard de taak [**online kader 1**].¹

DELEN VAN ERVARINGEN

Het opbouwen van ervaring in het inschatten van de mate van vertrouwen kost tijd, mede omdat de opleider maar 1 aios per jaar heeft. Het duurt dus enkele jaren voordat de beginnende opleider wat ervaring heeft kunnen opbouwen met het inschatten van de aios. Daarom is het noodzakelijk dat de beginnende opleider contact heeft met meer ervaren opleiders, bijvoorbeeld tijdens de opleidersbijeenkomsten op het opleidingsinstituut. Het delen van ervaringen en het ontvangen van tips van meer ervaren collega-opleiders vergroot het arsenaal aan ervaringen waaruit de beginnende opleider kan putten. Dit versnelt het opbouwen van expertise en zo ontstaat

bovendien de taal waarmee opleiders en anderen (groepsbegeleiders en de aios zelf) over dit thema kunnen communiceren. Het helpt als de opleider ook de indrukken benut van groepspraktijkleden, duo-opleiders, praktijkmedewerkers, collega-opleiders tijdens de dienst en groepsbegeleiders. Het levert meer, rijkere en betekenisvolle informatie op over de aios. Dat kan de opleider helpen bij het opbouwen van vertrouwen.⁷

Naast informatie van anderen is het uiteraard van belang dat de opleider de aios veelvuldig observeert in de dagelijkse opleidingspraktijk, en tijdens de diensten en visites. Uit Nivel-enquêtes blijkt dat er de afgelopen jaren een gestage verbetering is. Maar nog steeds wordt ongeveer 1 op de 6 aiossen minder dan 1 keer per maand geobserveerd, terwijl de informatie die de opleiders hierdoor krijgen in belangrijke mate kan bijdragen aan het opbouwen en geven van vertrouwen aan de aios.

Ook zogenaamde *entrustable professional activities* (EPA's) kunnen een rol spelen bij het opbouwen van vertrouwen. Het woord 'entrustable' zegt het al: de opleider vertrouwt de aios expliciet een professionele activiteit toe.¹³ De EPA's zijn inmiddels in alle medische vervolgoopleidingen ingevoerd. De hoeveelheid supervisie die de aios nog nodig heeft, bepaalt daarbij de mate van zelfstandigheid voor het uitvoeren van deze EPA, oftewel hoeveel vertrouwen de aios van de opleider krijgt. Het expliciteren van de mate van supervisie kan opleiders helpen bij het opbouwen van vertrouwen in de aios en dus bij het 'loslaten' van de aios. Het kan bovendien de motivatie en het zelfvertrouwen van de aios versterken en daardoor het groei-proces naar zelfstandig functioneren ondersteunen.

De huisartsopleiding heeft, analoog aan de EPA's, de Kenmerkende BeroepsActiviteiten (KBA's) ingevoerd.¹⁴ Ook dit zijn professionele activiteiten, maar het 'entrusted'-deel heeft hierin zijn weg nog niet gevonden. Juist dat deel zou ook huisartsopleiders kunnen helpen bij het bepalen – en expliciteren – van de mate van vertrouwen die ze in hun aios hebben.

HOBBELS OP DE WEG

Het opbouwen van vertrouwen gaat meestal 'vanzelf'. Maar als er een kink in de kabel komt, is het verstandig om na te gaan welke van de genoemde factoren een rol spelen. Dat bepaalt ook welke interventie het vertrouwen in de aios weer vlot kan trekken. Te vroeg en te veel vertrouwen geven kan de opleiding én de patiëntenzorg in gevaar brengen. Ook in juridische of tuchtrechtelijke zin zal bij een calamiteit altijd worden nagegaan in hoeverre de opleider zich voldoende had vergewist van de bekwaamheid van de aios, en dus of het vertrouwen in de aios terecht was. Het is daarom aan de opleider en de aios om steeds goed en openhartig na te gaan of beiden het toenemende vertrouwen en daarmee de grotere verantwoordelijkheid aandurven en aankunnen.

Maar ook dan zijn er mogelijk hobbels op de weg naar het opbouwen van vertrouwen. Allereerst kan het voor een opleider ingewikkeld zijn wanneer deze een aios (nog) niet vertrouwt en dit bespreekbaar wil maken met de aios en de groepsbegeleiders. We hebben ervaren dat de opleider in zo'n situatie bang is om als incompetent te worden gezien. Onzes inziens

DE KERN

- Vertrouwen is cruciaal in de opleiding tot huisarts.
- De opleiders ontwikkelen expertise in het toekennen van vertrouwen, zowel door hun eigen ervaring als door het delen van deze ervaring in gemengde groepen van (beginnende en ervaren) opleiders.
- Goede opleiders observeren de aios in verschillende contexten en bespreken dit na.
- Goede opleiders betrekken de groepsbegeleiders bij het opbouwen van vertrouwen, als bron van informatie en als klankbord.

getuigt het juist van moed wanneer de opleider dat gebrek aan vertrouwen bespreekbaar maakt.

Ten tweede komt geregeld de vraag aan de orde hoeveel ruimte er is voor diversiteit in het vak en van de aios. Wie durft een aios op te leiden die denkbeelden heeft die van de mainstream afwijken? Hoeveel ruimte en vertrouwen krijgt deze aios?

Ten derde mogen we ook de specifieke context van het dienst-doen op de huisartsenpost niet vergeten. Vraagt het dienst-doen op de post nog een apart soort vertrouwen? Soms blijft de opleider de aios op de post tot het eind van de opleiding superviseren. Of de post vereist zelfs de aanwezigheid van een opleider. Het blijkt dan voor de aios lastig om alsnog het vertrouwen te winnen en na de opleiding zelfstandig op de post te werken.

Ten vierde is het voor duo-opleiders lastig, maar noodzakelijk, om dit vertrouwen steeds onderling én als duo met de aios af te stemmen. Beide opleiders kunnen verschillen in de mate van opgebouwd vertrouwen. Dat kan voor de aios verwarrend, maar ook leerzaam zijn.

Ten slotte is 'vertrouwen' cruciaal aan het eind van een opleidingsperiode: wanneer vindt de opleider de aios goed genoeg? Wat is daarbij de ondergrens? Dit speelt aan het einde van het eerste jaar en (nog belangrijker) aan het einde van het derde en laatste jaar. Als dan pas wordt vastgesteld dat 'het niet goed genoeg is', had een gebrek aan vertrouwen dan niet al veel eerder gesignaleerd moeten worden?

AANBEVELINGEN VOOR DE PRAKTIJK

Juist de langdurige opleidingsrelatie in de huisartsopleidingspraktijk kan een overvloed aan informatie opleveren voor het opbouwen en geven van vertrouwen aan de aios. De opleider kan het vertrouwen in verschillende contexten veelvuldig checken, kan EPA's gebruiken en het gesprek aangaan in de opleidingsdriehoek aios-opleider-groepsbegeleider. We denken echter dat het potentieel aan informatie nog niet volledig wordt benut. We weten uit ervaring welke belangrijke rol de groepsbegeleider bij het opbouwen van vertrouwen kan spelen. Deze is niet alleen een bron van informatie over de aios, maar dient bij twijfel ook als klankbord. Daarom is het opmerkelijk dat de rol van de groepsbegeleider in de literatuur

KADER 2 ADVIEZEN

Voor opleiders

- Vertrouwen opbouwen en geven is een complexe aangelegenheid, afhankelijk van vele factoren en contexten. Neem daarvoor de tijd en maak gebruik van veel verschillende bronnen van informatie over de aios.
- Observeer de aios vaak en in verschillende contexten en bespreek na.
- Bewaak de goede zorg voor de patiënt: die gaat altijd voor.
- Agendeer het onderwerp 'vertrouwen' in de (voortgangs)besprekingen met de aios.

Voor de scholing van opleiders

- Geef bij het opleiden van opleiders expliciet aandacht aan de aspecten die invloed hebben op het opbouwen van vertrouwen.
- Laat de opleiders ervaringen delen om hun opleiders-expertise verder uit te bouwen.

Voor de opleiding en de stafleden/groepsbegeleider

- Wees alert op de manier waarop de opleiding omgaat met meldingen van aiossen en opleiders over het (gebrek aan) onderling vertrouwen.
- Betrek de groepsbegeleiders bij het opbouwen van vertrouwen, als bron van informatie en als klankbord.

nauwelijks aan bod komt. De rol van de groepsbegeleider en de manier waarop deze kan bijdragen aan het opbouwen en geven van vertrouwen verdienen nader onderzoek.

De aanbevelingen in [kader 2] kunnen helpen bij het opbouwen van vertrouwen in de aios, zodat deze als competente, zelf-verzekerde en vooral enthousiaste huisarts aan de slag kan. ■

LITERATUUR

1. Hauer KE, Ten Cate O, Boscardin C, Irby DM, Iobst W, O'Sullivan PS. Understanding trust as an essential element of trainee supervision and learning in the workplace. *Adv Health Sci Educ* 2014;19:435-56.
2. Enk A, Ten Cate O. 'Languaging' tacit judgment in formal post-graduate assessment: the documentation of ad hoc and summative entrustment decisions. *Perspect Med Educ* 2020;9:373-8.
3. Melvin L, Rassos J, Stroud L, Ginsburg S. Tensions in assessment: the realities of entrustment in internal medicine. *Acad Med* 2020;95:609-15.

De volledige literatuurlijst staat bij dit artikel op www.henw.org.

Diemers AD, Boendermaker PM. Een-op-een opleiden is een kwestie van vertrouwen. *Huisarts Wet* 2021;64(7):70-2. DOI:10.1007/s12445-021-1168-1.

UMC Groningen, Onderwijsinstituut en Wenckebach Instituut, Groningen: dr. A.D. Diemers, huisarts n.p., a.d.diemers@umcg.nl. Eelde: dr. P.M. Boendermaker, huisarts n.p.
Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.



De weg naar vertrouwen tussen de opleider en de aios is soms hobbelig.

Foto: Shutterstock



Intraprofessioneel opleiden in de zorg voor het acuut zieke kind noodzakelijk

Rosalin van Schie, Paul Voorhoeve, Anne van Tuijl, Nynke Scherpbier, Ester Coolen, Bart Thoonen

De zorg rond een acuut ziek kind is complex: symptomen zijn soms atypisch, ziektebeelden kunnen snel veranderen en het kind en de ouders ervaren vaak stress of angst. In deze complexe setting is een goede samenwerking tussen de eerste en tweede lijn essentieel. Toch worden aiossen in de huidige medische vervolgopleidingen nauwelijks opgeleid in transmuraal samenwerken, terwijl het verwijs- en consultatieproces onderdeel is van het dagelijks werk van de huisarts en specialist. In deze opinie beschrijven wij de meerwaarde van intraprofessioneel opleiden en illustreren deze met een innovatief opleidingsproject. Medische vervolgopleidingen moeten de handen ineen slaan en zorg gaan dragen voor het samen opleiden van aiossen in de zorg voor het acuut zieke kind.

Kinderen onder de 4 jaar en ouderen vanaf 85 jaar maken relatief het meest gebruik van de spoedzorg op de huisartsenpost.¹ Daarbij valt op dat ouders met jonge kinderen geregeld met laagurgente problemen naar de huisartsenpost komen. Ongerustheid en onzekerheid bij ouders spelen daarbij een belangrijke rol.² Op de Spoedeisende hulpafdeling (SEH) blijkt een derde tot de helft van de problemen van de kinderen niet urgent te zijn.^{3,4} Dit leidt tot een onnodige belasting voor kind, ouders en zorgverleners. Bovendien kan het tot nodeloos hoge zorgkosten leiden. Deze situatie vraagt om een betere balans tussen het herkennen en adequaat verwijzen van acuut zieke kinderen enerzijds en het voorkomen van overdiagnostiek

anderzijds. Ouders, huisartsen en kinderartsen zullen deze balans samen moeten zoeken. De medische vervolgopleidingen kunnen een rol spelen door hun aiossen gericht op te leiden in het verwijs- en consultatieproces.

DE OPLEIDINGSSETTING

Het leren beoordelen van zieke kinderen in een acute zorgsetting is een complexe taak. Aiossen huisartsgeneeskunde maken zich deze taak vooral eigen in de opleidingspraktijk en op de huisartsenpost. Voor aiossen huisartsgeneeskunde zijn er naast die beoordelingen van (acuut) zieke kinderen weinig andere opleidingsmomenten om ervaring met kindergeneeskunde op te



Intraprofessioneel opleiden zorgt ervoor dat toekomstige huisartsen en kinderartsen beter kunnen bepalen hoe en waar een ziek kind het beste beoordeeld en behandeld kan worden.

Foto: ANP

Figuur

Gevoelens en gedachten van respectievelijk aiossen huisartsgeneeskunde [links] en aiossen kindergeneeskunde [rechts] naar aanleiding van een fictieve casus over een moeizame verwijzing van een 2-jarig benauwd meisje



doen. Er zijn onvoldoende (keuze)stageplekken kindergeneeskunde beschikbaar voor de huidige aantallen aiossen huisartsgeneeskunde. Tijdens de spoedeisendehulpstage zullen veel aiossen huisartsgeneeskunde zieke kinderen niet zelf beoordelen omdat deze kinderen doorgaans door een aios kindergeneeskunde worden gezien. Een Nivel-enquête, afgenomen onder aiossen huisartsgeneeskunde, laat zien dat er meer behoefte is aan ervaring op het gebied van de zorg voor kinderen.⁵

Andersom is er voor aiossen kindergeneeskunde in de huidige opleiding nauwelijks ruimte om actief kennis te nemen van de zorg voor kinderen in de eerste lijn. Een eerste verzoek om consultatie of advies vanuit de eerste lijn wordt altijd telefonisch gedaan. Dit betekent dat de aios kindergeneeskunde een advies en/of besluit om een kind op de SEH te laten beoordelen telefonisch moet afwegen, zonder op de hoogte te zijn van de context en mogelijkheden van de eerste lijn.

Kortom: voor aiossen huisarts- en kindergeneeskunde is er te weinig ruimte om in elkaars context ervaring op te doen met het beoordelen van zieke kinderen. Zo leren ze nauwelijks hoe ze de juiste zorg op de juiste plek kunnen leveren en op welke manier ze elkaar daar het beste bij kunnen ondersteunen.⁶ Dat kan bij verwijzer (huisarts) en consulent (kinderarts) resulteren in het aanleren van ongewenste verwijspatronen.⁷

INTRAPROFESSIELE OPLEIDEN IN DE KINDERGENEESKUNDE

Om zieke kinderen een geïntegreerd zorgaanbod aan te kunnen bieden en effectief verwijs- en consultatiegedrag te ontwikkelen zouden er meer mogelijkheden moeten komen om ervaring op te doen in en met elkaars context.⁶⁻¹⁰ Dit betekent dat het aiossen uit de eerste en tweede lijn duidelijk moet zijn wat de expertise van de ander inhoudt en wat ze na verwijzing of terugverwijzing van elkaar mogen verwachten. Eerder onderzoek laat zien dat intraprofessioneel opleiden (het opleiden van 2 of meer zorgverleners van dezelfde professie uit verschillende deelgebieden, bijvoorbeeld dokters met een verschillen-

de specialisatie) leidt tot verbetering van samenwerkingsvaardigheden.^{7,11-13} Uit literatuur blijkt dat intraprofessioneel leren in de kindzorg bijdraagt aan afstemming en kennis van elkaars rollen en verantwoordelijkheden, de onderlinge communicatie verbetert en het wederzijds begrip vergroot. Bovendien maakt het de zorg meer patiëntgeoriënteerd en kweekt het meer begrip voor het perspectief van de ouders.¹³⁻¹⁹

HOE GEVEN WE INTRAPROFESSIELE OPLEIDEN VORM?

Anders dan bij stages of meeloopdagen, waarin een aios huisartsgeneeskunde meer over een specialisme leert, staat bij intraprofessioneel opleiden het leren van en met elkaar centraal. Het is een vorm van tweerichtingsverkeer. In de praktijk gaat het bijvoorbeeld om casuïstiekbesprekingen, waarin niet alleen medisch-inhoudelijke aspecten, maar ook vormen van transmurale samenwerking rond de patiënt aan bod komen. Een ander voorbeeld is het teleconsultatieproject, waarbij aiossen huisartsgeneeskunde via digitale weg aiossen interne geneeskunde consulteren.¹¹ De aiossen wisselen daarbij medisch-inhoudelijke kennis uit en leren ook hoe ze consultvragen en antwoorden helder formuleren.

In het onderwijsproject Buitengewoon Baanbrekend, waarvan de Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde de onderwijsinnovatieprijs 2020 heeft toegekend, beoordelen aiossen huisartsgeneeskunde en aiossen kindergeneeskunde samen zieke kinderen in elkaars context [online kader]. Ze zien deze kinderen samen op de huisartsenpost, de SEH en de polikliniek kindergeneeskunde, en in de huisartsenpraktijk. Na de gezamenlijke beoordeling van een ziek kind geven ze elkaar feedback. In dit project treden beiden aiossen dus buiten hun eigen opleidingssetting. Daarnaast geven ze elkaar feedback over hun samenwerking.

Het geven van intraprofessionele feedback is bij de start van dit project geoefend op een kick-offbijeenkomst met aiossen huisartsgeneeskunde, aiossen kindergeneeskunde en hun opleiders. De [figuur] toont de gedachten en gevoelens van aiossen huisartsgeneeskunde en aiossen kindergeneeskunde naar aanleiding van een fictieve casus over een moeizame verwijzing van een 2-jarig benauwd meisje. Aanvankelijk lezen ze de casus alleen vanuit hun eigen perspectief en beschreven ze welke gevoelens deze opriep. Daarna bespraken ze hun perspectief met bijbehorende gevoelens en gedachten. Hierdoor ontstond wederzijds begrip voor elkaars positie en een discussie over manieren waarop deze gedachten konden worden omgezet in constructieve feedback en samenwerking.

PATIËNTEN BEOORDELEN IN DE ANDERE CONTEXT

Door samen patiënten in elkaars context te beoordelen worden aiossen gestimuleerd om voorbij de eigen bestaande werkcontext en identiteit te kijken. Vier leermechanismen stimuleren daarbij de ontwikkeling van de competentie intraprofessioneel samenwerken.²⁰ Deze leermechanismen illustreren wij aan de hand van citaten afkomstig uit de focusgroepinterviews met de aiossen huisartsgeneeskunde en aiossen kindergeneeskunde die aan het project Buitengewoon Baanbrekend deelnamen:

- **Identificatie:** aiossen worden zich bewust van de eigen (professionele) identiteit en die van de ander. Aiossen leren waar de grenzen van hun identiteiten overlappen en wanneer het nuttig en nodig is dat identiteiten naast elkaar bestaan.

‘We zijn samen nog richtlijnen gaan vergelijken. Het is opvallend en relevant om te beseffen dat de huisartsgeneeskundige richtlijnen voorzichtiger zijn met bijvoorbeeld pijn en inhalatiemedicatie.’ (Aios huisartsgeneeskunde en aios kindergeneeskunde na een gezamenlijke dienst op de huisartsenpost)

- **Coördinatie:** aiossen leren over samenwerken en over het belang van verbindende communicatie. Ze leren de vertaalslag naar de ander te maken, overgangen tussen specialismen laagdrempelig te maken en daarin routines te ontwikkelen.

‘Een 12-jarig meisje met diabetes de novo... Nu ik hierbij was realiseerde ik me dat het de huisarts is die dit slechte nieuws als eerste moet vertellen. Als kinderarts kan ik daarbij helpen door de huisarts alvast van goede informatie te voorzien over het vervolgtraject op de SEH.’ (Aios kindergeneeskunde na een dagdeel meedraaien in de huisartsenpraktijk van de aios huisartseneeskunde)

- **Reflectie:** aiossen krijgen meer begrip voor elkaars perspectief door ervaringen uit te wisselen en daarop te reflecteren.

‘Wat moet er veel, in korte tijd, inclusief alle metingen die de huisarts zelf moet verrichten, van temperatuur tot saturatie meten. Wij hebben verpleegkundigen om ons hierin te ondersteunen. Dat is wel een luxe.’ (Aios kindergeneeskunde na het gezamenlijk beoordelen van kinderen op de huisartsenpost met de aios huisartseneeskunde)

- **Transformatie:** aiossen veranderen hun werkwijzen. Als gevolg van de ontmoeting ontstaat een andere balans tussen gezamenlijkheid en uniciteit. Daardoor leren ze nieuwe samenwerkingspraktijken aan.

‘Ik werd mij ervan bewust dat ik een concretere vraag moet stellen als ik een kinderarts consulteer. Eerder bleef ik nogal eens te vaag en kreeg ik soms een advies waar ik niet op zat te wachten.’ (Aios huisartseneeskunde na een dagdeel op de polikliniek kindergeneeskunde met de aios kindergeneeskunde)

INTRAPROFESSIEEL OPLEIDEN VRAAGT OM TEAMWORK

De organisatie van intraprofessioneel opleiden vraagt om een optimale samenwerking tussen de verschillende betrokken

partijen. Ook in dit innovatieproject is samenwerking tussen de beide vervolgoopleidingen, vakgroepen, opleiders, SEH, huisartsenpost en bijbehorende teams een noodzakelijke voorwaarde. Om het project af te stemmen op de behoefte van aiossen is het essentieel om ze bij de ontwikkeling van het project te betrekken. Aiossen hebben daarom een vaste plek in het ontwikkelteam van dit innovatieproject.

Het meest ingewikkelde aspect aan intraprofessioneel opleiden vormt de logistiek. Het samenbrengen van aiossen met verschillende opleidingscurricula, dienststructuren en roosters is lastig. Het vraagt om een gedegen afstemming van het team, met een goede secretariële en ICT-ondersteuning.

BESLUIT

Intraprofessioneel opleiden laat aiossen bewust stilstaan bij de aspecten die een hoogwaardige samenwerking rond het acuut zieke kind mogelijk maken. Het biedt aiossen huisartseneeskunde en kindergeneeskunde kansen om te leren elkaars expertise effectiever in te zetten en waar nodig te versterken, en wederzijdse verwachtingen te expliciteren. Intraprofessioneel opleiden zorgt ervoor dat toekomstige huisartsen en kinderartsen beter kunnen bepalen hoe en waar een ziek kind het beste beoordeeld en behandeld kan worden. Daarom moeten medische vervolgoopleidingen de handen ineenslaan en de mogelijkheden verkennen om de aiossen samen op te leiden in de zorg voor het acuut zieke kind. ■

LITERATUUR

1. Ramerman L, Rijpkema C, Verheij R. Zorg op de huisartsenpost. Nivel zorgregistraties Eerste Lijn: jaarcijfers 2019 en trendcijfers 2015-2019. Utrecht: Nivel, 2020.
2. Keizer E, Giesen MJ, Van de Pol J, Knoben J, Wensing M, Giesen P. Druk op de HAP door ouders met jonge kinderen. Huisarts Wet 2018;61:34-8.
3. Nederlandse Zorg Autoriteit. Update cijfers monitor acute zorg 2019. https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_301126_22/1/. Geraadpleegd op 13 december 2020.

De volledige literatuurlijst staat bij dit artikel op www.henw.org.

Van Schie RM, Voorhoeve PG, Van Tuijl AAC, Scherpbier ND, Coolen EHJ, Thoonen BPA. Intraprofessioneel opleiden in de zorg voor het acuut zieke kind noodzakelijk. Huisarts Wet 2021;64(7):75-7. DOI:10.1007/s12445-021-1162-7. Radboudumc, afdeling Eerstelijns geneeskunde, Nijmegen: R.M. van Schie, huisarts, expertdocent kindzorg, Rosalin.vanschie@radboudumc.nl; A.A.C van Tuijl, onderwijskundige; prof. dr. N.D. Scherpbier, hoogleraar opleiden voor interprofessionele en transmurale samenwerking; dr. B.P.A Thoonen, curriculumcoördinator, huisarts n.p. Canisius-Wilhelmina Ziekenhuis, afdeling Kindergeneeskunde, Nijmegen: dr. P.G. Voorhoeve, opleider kindergeneeskunde. Amalia Kinderziekenhuis – Radboudumc, Nijmegen: dr. E.H.A.J. Coolen, plaatsvervangend opleider kindergeneeskunde. Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.



50 jaar huisartsopleiding in Nederland in beeld

Een oproep voor foto's die met het thema huisartsopleiding te maken hebben, leverde veel enthousiaste reacties en beelden op. De gast- en beeldredactie maakte een selectie, ingedeeld in de subthema's 'Starten tijdens het coronatijdperk', 'Aios met opleider', 'Vaardigheden leren' en 'Uitjes/groepsfoto's'.

De redactie heeft zich tot het uiterste ingespannen om toestemming te krijgen van alle gefotografeerde mensen.

Starten tijdens het coronatijdperk



▲ Annemarie Koop: 'Corona drukte een grote stempel op mijn laatste opleidingsjaar (maart 2020-maart 2021). In plaats van volle spreekuren hield ik me bezig met "luchtwegspreekuren", een protocol om veilig te werken en zag ik alleen mensen met mondkapjes.'



▲ Derdejaars aios Marianne Mol met huisartsopleider Florence Guibert-Buiron in september 2020 tijdens een COVID-19-verdachte visite in Dordrecht.



▲ Esther van Dinter, eerstejaars aios: 'Een van mijn eerste visitediensten op de HAP.'



▲ Joyce Sombroek startte in maart 2020 met de huisartsopleiding.



▲ Scarlet van Driel (links) en Mariella de Vries.

Aios met opleider

► 2010-2011: Het derde en laatste jaar van de opleiding van Frank Reuvekamp in Huisartsenpraktijk Binnenstad in het centrum van Utrecht. 'Mijn 2 opleiders Jaap van der Laan en Christine Weenink zijn mijn huidige collega's in onze gezamenlijke praktijk.'

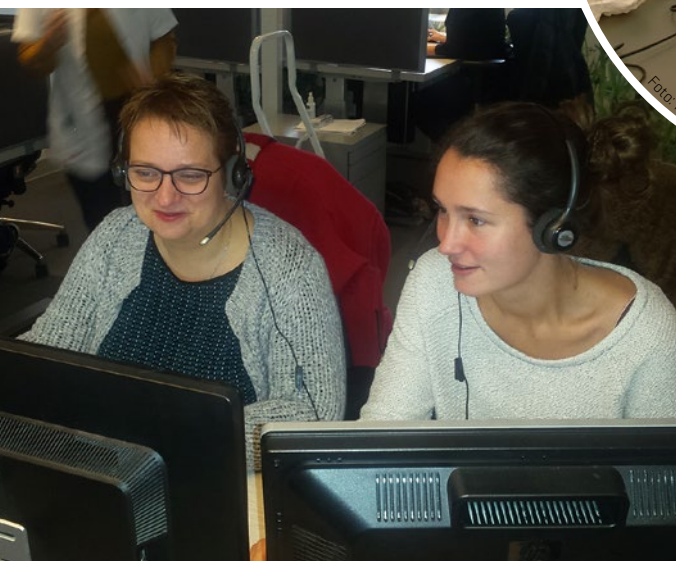
▼ Tim Beijer: 'Dit is een foto uit 2018 en laat goed het huidige opleiden zien. Een leergesprek met mijn opleider over de CVRM-richtlijn met de richtlijn er digitaal naast.'



► 2007: Aios Tejo Schenk leert een schimmelpreparaat te beoordelen met kinderhuisarts urogynaecologie Karin Prins.



▲ 2008: Opleider Leo van der Meer in een leergesprek met aios Maaïke Bentveld.



▲ Fee Boeijen: 'Deze foto is van ongeveer 4 jaar geleden. Hier doe ik samen met mijn opleider Linda Blom een dienst als regiearts in Amersfoort. We hadden vaak veel plezier.'



▲ Odilia Ubbens: 'Dienst met mijn aios Friso de Jongh. Met de dienstauto in het centrum van Amsterdam.'

Vaardigheden leren

► Eva Wiersma: 'In 2016 ben ik begonnen met de huisartsopleiding. Dat begon met een training in Utrecht voor spoedsituaties en praktische vaardigheden. Hier mochten we oefenen met oogbol boren. Leuke ervaring.'



▼ Gertrude Grijpink: 'Deze foto is gemaakt door huisartsbegeleider Sophie Strumphler tijdens het vaardighedenonderwijs van een eerstejaarsgroep in Leiden. De te leren vaardigheid: enkel tapen.'



Uitjes/groepsfoto's

► Lidwien Bernsen: 'De groep die startte in 1979 was een groep van 12 haio's die zich gezamenlijk aanmeldde bij een opleidingsinstituut. Zij gingen vooraf een lang weekend naar Luxemburg om de opleiding voor te bereiden. Ook maakten zij zelf onderwijs.'



► Carolien Polderman-Götte: 'Deze foto is genomen tijdens de introductieweek van onze huisartsenopleiding in mei 1985-1986 in Makkum.'



► Yvonne Panken: 'Uit een groep van 13 haio's die startte in 1997 ontstonden 3 duo's, die nog steeds samenwerken. Ook is deze groep nog steeds actief als intervisiegroep, inclusief begeleiding van de toenmalige groepsbegeleiders. Onder de naam HALIO's, HuisArtsen Levenslang In Opleiding, organiseren deze huisartsen jubileumnascholingsdagen. Deze foto is genomen tijdens een uitje naar de Efteling.'



▲ Ingrid van Sluisveld: 'De haio's uit 1993 van de tweejarige huisartsopleiding in Rotterdam werden allemaal in Zeeland geplaatst. Op 1 mei 2020 waren al deze mensen 25 jaar huisarts en was er een reünie. Helaas via Zoom vanwege de pandemie.'





Waar toe leiden wij op?

Marije van Braak, Gert Biesta, Mario Veen

Vijftig jaar huisartsopleiding – dat is 50 jaar onderwijs over alles wat toekomstige huisartsen moeten weten, kunnen, doen en zijn. Het doel daarvan? Leren. We zullen argumenteren dat ‘leren’ geen handige term is als we willen beschrijven wat er nu eigenlijk tijdens de huisartsopleiding gebeurt. De preciezere taal van professionele vorming op 3 doeldomeinen is beter geschikt: kwalificatie, socialisatie en subjectificatie. Met voorbeelden laten we zien hoe deze domeinen een plek (kunnen) krijgen in de huisartsopleiding.

Het verband tussen onderwijs en leren lijkt logisch: er is een kennis-, vaardigheden- of attitudelacune bij een persoon, er wordt een onderwijsinterventie gedaan, waarna de deficiëntie kleiner zou worden. Dit model van onderwijs als interventie die leren veroorzaakt is een misvatting die niet uniek is voor het medisch onderwijs, maar ook leeft in het bredere onderwijskundige veld en de onderwijspraktijk. De opvatting heeft zijn oorsprong in een medisch onderwijsmodel waarin onderwijs een interventie is die een bepaald resultaat tot gevolg heeft.^{1,2} Onderwijs en leren lijken daarbij 2 kanten van dezelfde medaille.³ Deze benadering zien we vaak terug in de manier waarop we (als onderwijskundigen, als gevers en ontvangers van onderwijs) praten over onderwijs en leren. Probeer maar eens over onderwijs te praten zonder het woord ‘leren’ te gebruiken. Beschrijf maar eens het nut van een bepaalde onderwijsinterventie zonder te claimen dat deze ‘werkt’ (wat een causaal verband tussen de interventie en de uitkomst van die interventie impliceert). Spreken over leren als onderwijsuitkomst is echter te vaag: er kan in iedere situatie (ook buiten de onderwijscontext) immers van alles geleerd worden. Daarom is er een preciezere taal nodig om te beschrijven welk doel de huisartsopleiding heeft. Dat is meer dan een semantische discussie over de term ‘leren’: het is een voorstel om de opleiding van huisartsen te benaderen vanuit de onderwijs-filosofische bril van 3 doeldomeinen.⁴

OPLEIDEN VINDT PLAATS OP 3 DOELDOMEINEN

Deze 3 doeldomeinen zijn kwalificatie, socialisatie en subjectificatie.³⁻⁸ Deze specificatie geeft richting aan het bepalen van de inhoud waarmee aiossen bezig zouden moeten zijn (curriculumvorming) en aan de personen die bij het opleiden be-

trokken zouden moeten zijn (uitvoering van onderwijs). We geven eerst een korte toelichting per doeldomein, inclusief voorbeelden van de manier waarop de domeinen een plek (kunnen) krijgen in de opleiding. Alle voorbeelden komen uit de onderwijsvorm die binnen de opleiding een (unieke!) centrale rol inneemt: Leren van Ervaringen, ofwel het Uitwisselen van Ervaringen, reflectieronde, onderlinge consultatie. De term ‘Leren van Ervaringen’ vestigt de aandacht op het doel van deze onderwijsvorm in de ‘taal’ van deelnemers: leren.⁹ Een aanduiding als ‘Vorming door Ervaringen’ zou echter beter passen bij het alternatief voor de taal van leren dat we hier voorstellen. Los daarvan is het Leren van Ervaringen als onderwijsvorm een plek waarin de 3 doeldomeinen zichtbaar kunnen worden.

KWALIFICATIE

Kwalificatie betreft het aanreiken en verwerven van kennis, vaardigheden en inzichten die de aiös nodig heeft om het huisartsberoep uit te oefenen. Een groot deel van onze huidige opleiding is gericht op het ontwikkelen van:

- medische kennis over relevante ziektebeelden en behandelingen, bijvoorbeeld in de vorm van inhoudelijk onderwijs, PIN's, uitleg van een opleider
- vaardigheden als arts-patiëntcommunicatie en specifieke medische handelingen, bijvoorbeeld in de vorm van consultbesprekingen op het instituut, gezamenlijke consulten en oefenen van medische handelingen op fantomen
- inzicht in complexe medische en interpersoonlijke situaties, bijvoorbeeld in de vorm van rollenspelen, intervisie en supervisie

Tijdens het Leren van Ervaringen komt het kwalificatiedomein op allerlei manieren aan bod. Een mooi (authentiek) voorbeeld daarbij is een aiös die een casus deelde van een zeldzaam ziektebeeld. Een aantal weken later zag een andere aiös dezelfde symptomen bij een patiënt. Hij handelde snel, adequaat en zorgvuldig op basis van wat de eerste aiös had verteld over insturings- en behandelsbeleid.

SOCIALISATIE

Als een aiös aan het eind van de opleiding alleen maar gekwalificeerd zou zijn, zou de opleiding tekortschieten. Praktiserende huisartsen moeten namelijk ook gesocialiseerd zijn. Gesocialiseerde huisartsen zijn bekend met de normen en waarden van de beroepsgroep, voelen zich onderdeel van deze beroepsgroep en weten hoe de hazen lopen in huisartsenland.

Dit is een bewerkte vertaling van Biesta GJJ, Van Braak M. Beyond the medical model: thinking differently about medical education and medical education research. Teach Learn Med 2020;32:449-56.

Dit socialisatieproces draagt bij aan het ontwikkelen van de professionele identiteit als huisarts.

Socialisatie vindt vooral plaats in het praktijkdeel van de opleiding, waar huisartsen in opleiding onderdeel uitmaken van het dagelijkse huisarts-zijn. Op het onderwijsinstituut vindt ook socialisatie plaats, voornamelijk tijdens het bespreken van praktijkervaringen met andere huisartsen (in opleiding). Tijdens het Leren van Ervaringen hebben aios en docenten het vaak over procedures, normen, waarden, tradities en gangbaar handelen in uiteenlopende praktijksituaties. Deze onderwijsvorm biedt gelegenheid om te verkennen 'hoe het heurt' in huisartsenland. Wie is de huisarts, wat doet de huisarts, wat vindt de huisarts? Dit doeldomein richt zich op het proces waardoor de aios onderdeel wordt van een beroepsgroep. Het gaat erom een individu te vormen naar het 'model' van de professie.

SUBJECTIFICATIE

Een professional worden in de zorg, waar de inzet hoog is, is meer dan een gekwalificeerd lid zijn van een bepaalde beroepsgroep. Aiossen moeten ook het 'eigene' van hun huisarts-zijn ontdekken, of, beter gezegd, ze moeten als uniek subject zichtbaar kunnen zijn in de opleiding. Hoe kun jij als autonoom, zelfstandig en verantwoordelijk subject handelen binnen de kaders van de professie? Los van het onderdeel worden van een bestaande beroepsgroep: wat vraagt een specifieke situatie van jou? Dit is het domein van de subjectificatie.

Binnen de huisartsopleiding staan zulk soort vragen voornamelijk centraal tijdens intervisie en supervisie, en bij Leren van Ervaringen. Ook in leergesprekken op de praktijk kunnen ze aan de orde komen. Een voorbeeld van de relevantie van subjectificatie voor het Leren van Ervaringen is een (ook authentieke) casusbespreking van een situatie waarin een aios bewust en onderbouwd van het protocol is afgeweken. Daarop kreeg de aios veel tegenwind. Hoe ga je met zo'n situatie om? Wat doet dat met jou als persoon?

Overigens is er zelfs binnen de genoemde onderwijsvormen volgens ons relatief weinig aandacht voor het 'ontgroeien' van de professie (dus de tegenovergestelde richting van socialisatie). Tegelijkertijd is die 'ontgroeing' bijna niet los te zien van de andere doeldomeinen: kwalificatie en socialisatie leiden altijd tot de vraag hoe iedere aios zich als individu gaat verhouden tot de kennis en kunde binnen (of soms net buiten!) de grenzen van het huisartsenberoep.

NUTTIG VOOR AIOS, DOCENTEN, OPLEIDERS EN PRAKTISERENDE HUISARTSEN

Waarom hebben we het begrippenkader van de 3 doeldomeinen nodig? Ten eerste biedt het een handzame structuur bij een kritische reflectie op de opleiding: komen deze doeldomeinen inderdaad terug in het curriculum? Wat verdient nog meer of juist minder aandacht? Deze structuur ontbreekt als we het opleidingsdoel in meer algemene termen beschrijven, zoals 'leren' of 'professionele vorming', of juist in heel specifieke termen (bijvoorbeeld in de vorm van kenmerkende beroepsactiviteiten), die voornamelijk gericht zijn op handelen volgens

DE KERN

- De huisartsopleiding is gericht op het opleiden van aiossen voor de toekomstige praktijk.
- De taal van leren is te vaag om te beschrijven welk doel de opleiding heeft.
- Het doel van de opleiding kan preciezer omschreven worden in termen van 3 samenhangende doeldomeinen: kwalificatie, socialisatie en subjectificatie.
- De 3 doeldomeinen helpen om te bepalen welke ervaringen, situaties en inhoud onderdeel van de opleiding zouden moeten zijn.
- De domeinen geven richting aan reflectie op het genoten onderwijs, leermogelijkheden en onderwijsmomenten in de praktijk.

de professionele richtlijnen.¹⁰ De 3 doeldomeinen wijzen elk op een ander aspect van de professionele vorming van huisartsen. In die zin helpen ze dus om de volle breedte van die professionele vorming te benutten, zowel tijdens als na de opleiding. Hieronder formuleren we een enkele vragen die je je kunt stellen als aios, docent, opleider en huisarts die niet formeel bij de opleiding betrokken is. Ze helpen het inzicht in je eigen vorming op de 3 doeldomeinen te vergroten.

De 3 doeldomeinen voor de aios

Als je in opleiding bent, kun je je afvragen in hoeverre je in onderwijs en praktijk bezig bent met elk van de 3 doeldomeinen. Zou je meer aandacht willen besteden aan 1 van de domeinen? Hoe zou je daar binnen de opleiding ruimte voor kunnen vragen of creëren? Hoe verhoud jij je als individu tot de beroepsnormen? Wat wil je doen met mogelijke verschillen tussen de beroepsgroep en jouw 'eigen' zijn? Op welke momenten kan jouw 'eigen' zijn zichtbaar worden in de opleiding?

De 3 doeldomeinen voor de docent en opleider

Als docent en opleider ben je verantwoordelijk voor een deel van de opleiding van toekomstige vakgenoten. In hoeverre komen de 3 doeldomeinen naar voren in jouw contacten met de aios? Hoe kun je expliciet aandacht besteden aan elk van de doeldomeinen? Hoe kun je daar je eigen expertise bij inzetten, als representant van de beroepsgroep?

Specifiek voor opleiders biedt het continue contact met de aios allerlei kleine onderwijsmomenten tijdens dagelijkse praktijkbezigheden. Hoeveel richting geef je als opleider wanneer zich zo'n onderwijsmoment voordoet? Hoe creëer je ruimte voor het eigene van de aios binnen de manieren waarop jij huisarts bent? Hoe laat je zelf zien hoe jij je als unieke huisarts verhoudt tot de standaarden van de beroepsgroep?

De 3 doeldomeinen voor de praktiserende huisarts

Voor de praktiserende huisarts zonder opleidende rol bieden de 3 doeldomeinen een taal om te reflecteren op de huisartsop-



Socialisatie vindt vooral plaats in het praktijkdeel van de opleiding.

Foto: ANP

leiding en het dagelijkse huisarts-zijn. Hoe kijk je terug op de opleiding? Wat heb je eraan gehad? Hoe hebben je ervaringen, situaties en interacties met anderen tijdens je opleidingstijd bijgedragen aan jouw kwalificatie? Hoe droegen ze bij aan jouw socialisatie als huisarts? In hoeverre ben je op de opleiding gestimuleerd in je vorming tot een eigen, verantwoordelijke en autonome persoon binnen de beroepskaders? In hoeverre voel je de ruimte om je uniciteit als huisarts 'uit te leven'? Als je die ruimte niet voelt, wil je daar dan iets mee doen? Hoe zou je die ruimte kunnen creëren? Hoe wil je je verhouden tot de unieke manieren van huisarts-zijn van je collega's? Daarnaast kun je je afvragen in hoeverre de doeldomeinen relevant zijn in jouw professionele praktijk. Als je tegen de grenzen van het vak aanloopt, wat zou je dan willen doen? Durf jij je verantwoordelijkheid te nemen om af te wijken van procedures, binnen de grenzen van het vak? Voel jij je een 'echte huisarts'? Als dat niet zo is, vind je dat erg? Op welke terreinen voel jij je niet gekwalificeerd? Hoe zou je dat kunnen veranderen?

CONCLUSIE

De 3 doeldomeinen kwalificatie, socialisatie en subjectificatie kunnen helpen om het huidige onderwijs aan te scherpen voor de opleiding van toekomstige generaties huisartsen.¹ Hoewel we de doeldomeinen apart presenteren, zijn ze altijd met elkaar verweven. Het kan daardoor lastig zijn ze onafhankelijk van elkaar in het bestaande curriculum te herkennen, maar ook om ze los van elkaar een plek te geven bij aanpassing van het huidige curriculum. Toch denken we dat het de moeite waard is om kennis te maken met de 3 begrippen, die nog relatief onbekend zijn binnen de huisartsopleiding. De doeldomeinen geven richting aan de professionele vorming van huisartsen: hun kwalificatie en socialisatie, en de uitdaging om daarmee op eigen wijze het huisartsenberoep handen en voeten te geven. ■

LITERATUUR

1. Davies P. What is evidence-based education? *Br J Educ Stud* 1999;47:108-21.
2. Pirrie A. Evidence-based practice in education: the best medicine? *Br J Educ Stud* 2001;49:124-36.
3. Biesta GJJ, Van Braak M. Beyond the medical model: thinking differently about medical education and medical education research. *Teach Learn Med* 2020;32:449-56.
4. Biesta GJJ. Good education in an age of measurement: on the need to reconnect with the question of purpose in education. *Educ Assess Eval Acc* 2009;21:33-46.
5. Biesta GJJ. Risking ourselves in education: qualification, socialisation and subjectification revisited. *Educ Theory* 2020;70:89-104.
6. Bruner J. *The culture of education*. Cambridge: Harvard University Press, 1996.
7. Egan K. *The future of education: reimagining our schools from the ground up*. New Haven: Yale University Press, 2008.
8. Lamm Z. *Conflicting theories of instruction: conceptual dimensions*. Berkeley: McCutchan, 1976.
9. Van Braak M, Giroldi E, Huiskes M, Diemers AD, Veen M, Van den Berg P. A participant perspective on collaborative reflection: video-stimulated interviews show what residents value and why. *Adv Health Sci Educ* 2021;1-15.
10. Huisartsopleiding Nederland. *Landelijk Toetsplan 2019*. 2019. <https://www.huisartsopleiding.nl>.

Van Braak M, Biesta GJJ, Veen M. Waartoe leiden wij op? Huisarts Wet 2021;64(7):82-4. DOI:10.1007/s12445-021-1173-4.
Erasmus MC, afdeling Huisartsgeneeskunde, Rotterdam: M. van Braak, onderwijskundige, m.vanbraak@erasmusmc.nl; M. Veen, projectleider Onderzoek naar Onderwijs, University of Edinburgh, Moray House School of Education and Sport, Edinburgh: G.J.J. Biesta, Professor of Educational Theory and Pedagogy.
Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.



ONTWICHTING VAN HET 50E LEVENSJAAR

Pipi Langkous houd ik in gedachte

Wouter Dijkshoorn, docent en opleider Amsterdam UMC, locatie AMC



‘We blijven tot minimaal 1 maart 2021 alleen online onderwijs verzorgen.’ Zo luidde de boodschap half november op de huisartsopleiding Amsterdam UMC locatie AMC. Ik voelde vooral opluchting en ik was ook een beetje blij. Het gaf me duidelijkheid als schrijver van het curriculum

voor opleiders en bovendien kon ik me verder ontwikkelen in het verzorgen van online onderwijs. Ik genoot er eigenlijk wel van!

Mijn directe collega noemt me graag Pipi Langkous: ‘Ik heb het nog nooit gedaan, dus ik denk dat ik het wel kan.’ Online onderwijs daagt me uit om een kletspraatje te stimuleren bij binnenkomst en tussendoor bij de virtuele koffieautomaat. Tegelijkertijd is het een uitdaging om tot inhoudelijke verdieping te komen door soepel te schakelen tussen online systemen. Ik zie het dan ook als een speeltuin voor volwassenen: elk onderwijsmoment neem ik me voor weer iets nieuws te proberen. Dat kan een tip zijn tijdens ons ‘Broodje onderwijs’, iets wat ik lees op internet of wat ik zelf bedenkt tijdens een hardlooptochtje voorafgaand aan het onderwijs. Fris eraan beginnen is voor mij een must: een rondje hardlopen om de Sloterplas in Amsterdam-West levert mij frisse lucht, enthousiasme en vaak nieuwe ideeën op.

Moeten we deze nieuw aangeleerde vaardigheid behouden en verder ontwikkelen? Absoluut! Ondanks vermoeiende, lange dagen op Zoom heeft het mij efficiënte en leuke (onderwijs-)momenten opgeleverd. Een interview van 1,5 uur voor de opleider uit de kop van Noord-Holland, een toetsduur van 45 minuten met de aios en de vergadering persoonlijk starten vanuit de huiskamer zijn zeker momenten waarbij een ‘online meetup’ de voorkeur kan hebben. En wil ik weer 3 keer per week naar het AMC fietsen? Ook daar kijk ik erg naar uit! ■

Digitaal onderwijs



Mariël Jacobs, docent huisartsopleiding Amsterdam UMC, locatie VUmc

*‘Is Alex er nog niet?’ ‘Zijn beeld staat er wel...’
‘Waar komt dat fluitende geluid vandaan? Wie heeft zijn microfoon aanstaan?’
‘Wie heeft er nog iets in te brengen voor reflectie? Anna, ik zie jou wat sipjes kijken?’ ‘Nee, dat komt omdat mijn man zegt dat hij in deze kamer wil werken.’
‘Volgens mij is de verbinding slecht bij Koen. Hij staat nu al minutenlang stil.’
‘Hee, waar is Marjolein nu ineens gebleven? Net was ze er nog...’*

Wie zou deze uitspraken hebben begrepen vóór het coronatijdsperk? Ze hadden je voor gek verklaard.

De introductie van digitaal onderwijs is sneller gegaan dan we ooit voor mogelijk hielden. De pandemie dwong de huisartsopleidingen om vanuit huis onderwijs te verzorgen. Ook vergaderingen en zelfs teamuitjes bleken ineens online te kunnen. Nieuwe mogelijkheden, nieuwe vaardigheden, nieuwe frustraties, nieuwe problemen. Er is ook veel gemis: we missen het ‘echte’ contact met de aios, met de collega’s. Hoe weet je hoe het echt met iemand gaat als je alleen een videobeeld ziet op je scherm? Ineens moet al onze communicatie verbaal. We realiseren ons als nooit tevoren hoeveel informatie je non-verbaal uitzendt en ontvangt. Lichaamstaal, gebaren, wat iemand uitstraalt: dat alles moeten we nu missen en ernaar gissen. Zo’n bijzonder 50e levensjaar van de huisartsopleidingen in Nederland had niemand kunnen bedenken. En toch redden we ons en houden we de opleidingen overeind. Terugkomdagen, expertonderwijs, vergaderingen, supervisie, alles gaat door op de nieuwe manier. We zullen vast de voordelen van de digitale werkwijze blijven benutten, ook na de pandemie. Maar wat snakken we allemaal naar weer eens een ‘gewone’ terugkomdag met tafels, stoelen, 1 scherm voor de hele groep en elkaar rechtstreeks in de ogen kijken. Ik kan er echt van dromen! ■





Opleiden in samenwerking bij chronische zorg kan beter

Hieke Barends

Interprofessionele samenwerking tussen huisarts en praktijkondersteuners is essentieel om goede chronische zorg te kunnen leveren. Het is daarom van belang om aiossen hierin op te leiden. Uit recent onderzoek onder aiossen en praktijkondersteuners in opleidingspraktijken blijkt echter een discrepantie tussen intenties en gedrag. Van tevoren is iedereen enthousiast, maar in de dagelijkse praktijk zijn daadwerkelijke samenwerking en scholing beperkt.

Het doel van dit kwalitatieve, Nederlandse onderzoek was om meer zicht te krijgen op de mate van samenwerking en scholing tussen praktijkondersteuners chronische zorg en aiossen huisartsgeeneeskunde. Daarnaast wilden de onderzoekers de belemmerende en bijdragende factoren in kaart brengen.

Zij rekruteerden met *convenience sampling* aiossen, praktijkondersteuners en huisartsopleiders onder deelnemers aan een training over patiëntgerichte communicatie bij chronische zorg. Onder de deelnemers (9 huisartsopleiders, 12 aiossen en 16 praktijkondersteuners) werden semigestructureerde focusgroepen en telefonische interviews gehouden. De onderzoekers analyseerden de verzamelde gegevens thematisch. De belangrijkste tekortkoming van het onderzoek was selectiebias, onder andere door het kleine aantal opleidingspraktijken waaruit de deelnemers werden gerekruteerd.

Aiossen en praktijkondersteuners toonden zich enthousiast over onderlinge samenwerking en scholing. De praktische toepassing daarvan was echter beperkt. Belemmerende factoren waren gebrek aan kennis over elkaars taken en verantwoordelijkheden, vooroordelen over en weer, gebrek aan positieve rolmodellen en hiërarchische organisatiestructuren. Huisartsopleiders voelden zich vaak weinig betrokken bij de samenwerking en scholing van de aios en praktijkonder-



steuner. Een bevorderende factor was de inbedding van samenwerking en scholing in de dagelijkse routine, bijvoorbeeld door wekelijks terugkerende besprekingen met de aios en praktijkondersteuner. Naast duidelijke werkrouines kan ook meer kennis over elkaars taken en verantwoordelijkheden de samenwerking en scholing tussen aiossen en praktijkondersteuners bevorderen.

Conclusie: opleidingspraktijken moeten opleiden in interprofessionele samen-

werking en scholing tussen aiossen en praktijkondersteuners chronische zorg actief initiëren door een duidelijke taakverdeling en werkrouines. Anders blijft het bij goede bedoelingen en is opleiden hierin weinig effectief. ■

Van der Gulden R, et al. Interprofessional education and collaboration between general practitioner trainees and practice nurses in providing chronic care; a qualitative study. BMC Med Educ 2020;20:290.

Ontwikkelen van competenties met zinvolle beoordelingen

Aimée Kok-Pigge

Bij programmatisch beoordelen kijken docenten naar de gehele ontwikkeling van de student. De leeruitkomsten van de totale opleiding vormen hierbij de ruggegraat. Ook binnen de competentiegerichte medische (vervolg)opleidingen wint dit programmatisch beoordelen terrein. Een recente review schetst een positief beeld van de bruikbaarheid van deze methode voor de leerontwikkeling en beoordeling van studenten.

Wanneer opeenvolgend beoordelingen en feedback worden gegeven, ontstaat inzicht in de leerontwikkeling van een student. Dat gebeurt zowel formeel als informeel, laagdrempelig en op indivi-

duële basis. Al deze datapunten samen zijn de basis voor de uiteindelijke (impactvolle) eindbeoordeling. De auteurs van een recent, Nederlands, beschrijvend onderzoek gingen de wetenschappelijke onderbouwing na van deze methode. Zij bekeken 27 onderzoeken. Het merendeel daarvan werd uitgevoerd in een klinische setting (77%, waarvan 3 bij de huisartsopleiding) en was van Nederlandse bodem (37%). De auteurs keken naar tevredenheid/perceptie en leeruitkomsten. Zij vonden geen gegevens over studentperformance of patiënten- of gezondheidsuitkomsten. In 14 onderzoeken gaf programmatisch beoordelen voldoende informatie voor

Goede relatie, betere opleiding



Sjoerd Hobma

Het belangrijkste deel van de huisartsopleiding vindt plaats in de opleidingspraktijk, maar wat bepaalt de effectiviteit hiervan? De auteurs van een systematisch literatuuroverzicht noemen als belangrijkste bepalende factor de persoonlijke band tussen opleider en aios. Veel registreren beschouwen zij als een negatieve factor.

De auteurs selecteerden 49 artikelen, gepubliceerd tussen 2011 en 2018, op basis van relevantie en kwaliteit. De bevindingen werden door 2 onderzoekers onafhankelijk van elkaar thematisch geanalyseerd en geïntegreerd in een theoretisch model voor supervisie.

Een groot deel van de uitkomsten van het onderzoek klinkt bekend voor mensen die bij de opleiding zijn betrokken. Zo noemen de auteurs de complexiteit van de relatie tussen opleider en aios. Zij vermelden het telkens zoeken naar



Foto: Shutterstock

evenwicht tussen de praktijkdrukte en tijd voor leren, tussen vertrouwen en controle, tussen toetsen en zelfbeoordeling. Verder benoemen ze het belang van overeenstemming over de leerdoelen en

over ieders rollen en taken. De relatie tussen opleider en aios is bij voorkeur niet hiërarchisch, iets wat meestal groeit tijdens de opleiding.

Opvallend is de nadruk die de auteurs leggen op een goede, persoonlijke relatie. De emotionele band tussen opleider en aios is een voorwaarde om bovenstaande te realiseren. Verder zien de auteurs de bureaucratische documentatiedrift als een belemmering voor de opleidingsrelatie. De beperkingen van de review zijn dat de auteurs de complexe opleidingsrelatie in algemene en nogal abstracte termen proberen te vangen en hierin bestaand onderzoek proberen in te passen, met als risico interpretatie vanuit de ervaring en cultuur van de onderzoekers.

Voor de Nederlands huisartsopleiding roepen de bevindingen de vraag op of de kwaliteit en de effectiviteit van de relatie tussen opleider en aios niet meer aandacht zou moeten krijgen. Daarnaast is het goed om de groeiende hoeveelheid in te vullen instrumenten – die via steeds mooiere internetsites ('hartstikke makkelijk') beschikbaar zijn – kritisch te bekijken. ■

Jackson D, et al. A systematic review of supervisory relationships in general practitioner training. Med Educ 2019;53:874-85.

een gefundeerde eindbeoordeling en bood deze een effectieve stimulans voor verdere ontwikkeling. Essentieel waren met name de kwantiteit en kwaliteit van de beoordelingen. Meerdere beoordelingen maken analyse en follow-up mogelijk, verlagen de ervaren beoordelingszwaarte en leiden tot beter zelfinzicht bij de student. Uitgebreidere narratieve feedback creëert leermogelijkheden en draagt bij aan een betekenisvollere eindbeoordeling. Essentieel is een veilige en opbouwende leeromgeving, met duidelijkheid over de inhoud en het doel van programmatisch beoordelen.

Er zijn daarnaast ook valkuilen. Angst voor verhoogde werklast hindert zowel de opleider in het geven van (eerlijke) feedback als de student in het vragen daarnaar. Een overmaat aan verplichte beoordelingen of te veel summatieve waarderingen (zoals cijfers) werken ook averechts. Daarnaast hebben eenzijdige

(goede) beoordelingen weinig waarde en is het systeem gevoelig voor het selectief uitzoeken van welgezinde beoordelaars. Een eindbeoordeling door mentoren (in tegenstelling tot een onafhankelijke commissie) was geloofwaardiger voor studenten, maar had wel het risico op conflict of interest. Supervisors varen soms ook meer op hun eigen ervaring dan op de aangeleverde beoordelingen. Al met al is er een positief beeld van programmatisch beoordelen, zolang er sprake is van een veilig klimaat waarin opleider en student het eens zijn over de inhoud van zinvolle beoordeling en de waarde hiervan voor individuele competentieontwikkeling. ■

Schut S, et al. Where the rubber meets the road. An integrative review of programmatic assessment in health care professions education. Perspect Med Educ 2021;10:6-13.



ONTWICHTING VAN HET 50E LEVENSJAAR

Subluxatie

Norbert Schilder, opleider en oud-voorzitter van de LHOV

Best een mooi woord eigenlijk, ontwrichting...

De huisartsopleiding is 50 jaar, maar zelf ben ik een paar jaar ouder. Nadat ik in januari 2020 afscheid had genomen als voorzitter van de LHOV verheugde ik me op een jaartje niet besturen. Lekker bezig met coachen van mijn voetballende dochter en met muziek maken.

Ik was even vergeten dat ik nog een kleine functie had binnen onze huisartsencoöperatie. Dat was altijd maar 1 keer per jaar oefenen en daarna lekker borrelen. Voorzitter van het crisisteam: wat kan er misgaan?

Corona luxeerde de praktijk, de opleiding, de huisartsgeenetskunde. Het patiëntenaanbod decimeerde, er kwam meer tijd voor gesprekken met elkaar over de onzekere tijden. Palliatieve zorg in persoonlijke beschermingsmiddelen. Patiënten die denken dat de dokters heel druk zijn met corona, terwijl dat in onze regio wel meeviel. Toch was er veel te leren voor de aios: hoe gaat een praktijk om met veranderingen, met stress, met bange medewerkers?

De opleidersdagen via Teams of Zoom: ik heb de opleiders van de septembergroep nog niet live gezien. Maar zomen mag van mij blijven. Niet voor alle contactmomenten, maar het scheelt veel (reis)tijd. Dat is dus een ontwrichting met goede gevolgen. We hebben als beroepsgroep 10 digitale jaren ingehaald. We liepen ver achter en nu nog maar een beetje. Dus ontwrichting? Dat heeft een te negatieve connotatie voor wat er allemaal is gebeurd. Het was meer een subluxatie waarbij het gewricht in de kom is gebleven, met veel inspanning en creativiteit van iedereen. ■



COLOFON

Huisarts en Wetenschap (www.henw.org) wordt uitgegeven door het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG), de wetenschappelijke vereniging van huisartsen (www.nhg.org). Online publicaties kunnen verschillen van de printversie. Check daarom altijd de website voor de meest actuele publicatie.

Gastredactie

Dr. Geurt Essers (voorzitter, programmamanager toetsing en beoordeling Huisartsopleiding Nederland), dr. Gijs Baaten (huisarts, H&W), dr. Susanne Claessen (huisarts-docent, H&W), prof. dr. Roger Damoiseaux (hoofd huisartsopleiding UMC Utrecht), dr. Greetje Sagasser (onderwijskundige, Huisartsopleiding Nederland), Elbrig Pasma (secretaresse, Huisartsopleiding Nederland), dr. Rick van Uum (aios).

Redactie

Dr. Gijs Baaten (hoofdredacteur, huisarts), dr. Marian van den Brink (huisarts), dr. Pieter Buis (huisarts), dr. Susanne Claessen (huisarts), dr. Mirrian Hilbink (epidemioloog), dr. Annemarije Kruis (huisarts), prof. dr. Jean Muris (huisarts), Ariëtte Sanders (huisarts), dr. Kim van Wijck (aios) en dr. Mascha Witteman-Kok (huisarts).

Redactie bureau

Daisy Dinsbach, Anita Wittebol (secretariaat), Judith Mulder, Ellen Olbers, Susan Umans (eind- en webredactie), Annet Sollie (eindredacteur e-health), Steven de Kock, Marjolein Oosterom, Wouter Scheen (eindredactie), Margot Scheerder en Wendy Westerhof (beeldredactie). Postbus 3231, 3502 GE Utrecht, tel. 088 5065500, redactie@nhg.org

NHG Forum

Redactie: NHG-bureau. Met bijdragen van Janny Dekker, Fijtje Koets, Margot Scheerder (beeldredactie) en Edward Wortman. Eindredactie en contact: Susan Umans, s.umans@nhg.org, 088 5065546. NHG Forum is een uitgave van het NHG-bureau.

Uitgever

Anouk Middelkamp, Bohn Stafleu van Loghum, Postbus 246, 3990 GA Houten
Basisvormgeving: Frederik Helfrich, Deventer
Auteursinformatie: www.henw.org/voor-auteurs

Advertentieverkoop

Advertentieverkoop: adverteren@bsl.nl, tel. 030-6383603.
Advertenties behoeven goedkeuring van de redactie.
Inzenden aan: traffic@bsl.nl, tel. 030-6383603.

Abonnementen

H&W verschijnt 12 keer per jaar en wordt verspreid onder de leden van het NHG. Niet-leden kunnen zich abonneren via www.bsl.nl. Abonnementsprijs: (print + online toegang) € 266,00, online-only abonnement € 159,60, studenten 50% korting.

Abonnementen worden automatisch verlengd tenzij 2 maanden voor de vervaldatum schriftelijk opgezegd.

Bent u NHG-lid en wilt u een adreswijziging doorgeven, stuur dan een e-mail naar info@nhg.org met daarin alle relevante informatie.

Voorwaarden:
Info: Klantenservice, Postbus 246, 3990 GA Houten, tel. 030-6383736
www.bsl.nl/klantenservice

Voorwaarden

www.bsl.nl/klantenservice/abonnementen. Informatie: Klantenservice, Postbus 246, 3990 GA Houten, tel. 030-6383736

Op leveringen en diensten zijn de bij de Kamer van Koophandel gedeponeerde algemene voorwaarden van Springer Media B.V. van toepassing. Zie www.bsl.nl.

© 2021 NHG
ISSN 0018-7070

 bohn
stafleu
van loghum

 mvw
media voor vak
& wetenschap

 nhg



GASTCOLUMN

6-10 juli WONCA Europe Week

Voor degenen die nu direct aan chocolade denken: WONCA klinkt niet alleen naar een wereldberoemd karakter van Roald Dahl, maar is ook het acronym van de wereldorganisatie van huisartsen: *World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians*. Het NHG organiseert in juli de jaarlijkse WONCA Europe-conferentie. In deze tijd van COVID-19 geen sinecure. Maar, we passen ons aan. We gaan virtueel en wat zijn we trots op het resultaat: WONCA Europe Conference 2021 wordt toegankelijker, duurzamer en minstens zo inspirerend als tevoren! Het thema van de conferentie is *Practicing Person Centred Care*. Sprekers uit de wereldtop brengen persoonsgerichte zorg voor het voetlicht in 5 drieluiken over hot topics uit de huisartsgeneeskunde. Er is gelegenheid tot uitwisseling van ideeën en het ontmoeten van collega's uit de hele wereld in tijdens virtuele 'Round Table'-sessies. En voor de wetenschappelijk geïnteresseerden zijn er 'Research Master Classes'. Vanuit 61 landen ontvingen we al aanmeldingen.

De live sessies zijn in de ochtend of aan het einde van de middag gepland zodat je bijvoorbeeld je spreekuur ernaast kan doen. In een virtuele lounge met chatrooms kun je collega's die je wil spreken opzoeken. Alle content blijft 3 maanden beschikbaar voor de deelnemers. Later bijspijkeren kan dus ook. Accreditatie is geregeld (15 punten als je het hele congres volgt).

Laat je verrassen door deze nieuwe vorm van confereren. Ga naar WoncaEurope2021.org om je in te schrijven en beleef met ons deze inspirerende editie van WONCA Europe!

Dorien Zwart, huisarts en voorzitter WONCA Europe 2021

Jako Burgers, huisarts en voorzitter wetenschappelijke commissie WONCA Europe 2021

KORT NIEUWS

Verbeterde NHG-richtlijnenwebsite

De richtlijnenwebsite van het NHG is op basis van gebruikersfeedback verbeterd. De belangrijkste wijziging is dat gebruikers nu ook binnen de richtlijn gericht kunnen zoeken. Daarnaast zijn ook een aantal kleine verbeteringen doorgevoerd, zoals het maken van een actuele pdf en de mogelijkheid om alle NHG-Standaarden en NHG-Behandelsrichtlijnen te downloaden. Zo hebben gebruikers ook offline toegang tot de informatie, waar en wanneer zij dat nodig hebben.

Slim zoeken snel vinden

Gericht binnen een standaard of richtlijn zoeken was al mogelijk, maar is nu volledig geïntegreerd met behulp van een nieuwe zoekbalk in de linkerkolom. Zo zoekt en vindt u nog sneller de informatie die u nodig heeft.

- Extra zoekbalk om snel binnen de standaard te zoeken
- Switch snel en eenvoudig tussen samenvatting en volledige versie
- Relevante patiëntinformatie via Thuisarts.nl bij het onderwerp staat in de rechterkolom
- Uw vaardigheden oprispen? Bekijk onze relevante instructiefilms en e-learningen
- Beschikbaar op desktop en mobiel, online en offline

Deel uw feedback

Sinds de lancering vorig jaar zijn de richtlijnen meer dan 4,3 miljoen keer bezocht. Bijna 10 miljoen pagina's zijn bekeken. En meer dan 666.000 documenten zijn gedownload. Daarmee blijven de richtlijnen van het NHG een belangrijk instrument in de huisartsenzorg. Daarom optimaliseren wij de richtlijnenwebsite continu, van vorm tot inhoud. Waar bent u blij mee of welke wensen heeft u nog? Vertel het ons via NHG.org/feedback.



Ideeën gezocht voor onderzoek alledaagse ziekten

De Stichting Fonds Alledaagse Ziekten nodigt u uit om ideeën in te dienen voor een onderzoeksproject op het gebied van alledaagse ziekten in de huisartsenpraktijk. Het thema van de ronde 2021 is 'Alledaagse aandoeningen bij vrouwen'. Binnen dit thema is er een voorkeur voor de volgende onderwerpen:

1. misselijkheid in de zwangerschap
2. vaginale klachten na de overgang, met name pijn en droogheid
3. hevige bloedverlies bij menstruatie

Alledaagse ziekten zijn aandoeningen waarvoor patiënten regelmatig de huisarts bezoeken en die geen ernstige bedreiging vormen voor de gezondheid. Doorgaans kan de huisarts de aandoening zelf behandelen, is er een goede prognose en is het geen chronische ziekte. Huisartsen besteden een belangrijk deel van hun werktijd aan alledaagse aandoeningen. Zie voor meer informatie <https://fondsalledaagseziekten.nl/>.

50 JAAR HUISARTSOPLEIDING



Lourens Kooij, eerste lichting eenjarige huisartsopleiding:
 'Door de persoonlijkheid van mijn opleider
 ben ik huisarts geworden. Zelfs op de achterbank
 van zijn auto lagen studieboeken.'

**Lourens Kooij, eerste lichting
 1972: 'Structuur is zo belang-
 rijk voor een huisarts.'**

Nog maar 50 jaar geleden was er geen huisartsopleiding: 'In je eentje draaide je een inloopsprekkuur, met klachten waar je niks van snapte.' Waarom de opleiding de huidige vorm kreeg, vertellen 2 afgestudeerden van de eerste huisartsopleidingen en 1 pas afgestudeerde huisarts.

Lourens Kooij gaat in 1972 de eerste huisartsopleiding in Nederland volgen. Eigenlijk heeft hij gynaecologie op het oog, maar in afwachting van een opleidingsplek kiest hij samen met 13 andere Utrechtse geneeskundestudenten voor de allereerste, dan nog eenjarige huisartsopleiding in Nederland, in Utrecht. Kooij: 'De huisartsopleiding is nieuw en uitdagend, veel aantrekkelijker dan het alternatief, namelijk wisselassistentenschappen in een ziekenhuis. En dan word ik gegrepen door het beroep van huisarts.'

Voor de leeuwen

Lourens Kooij: 'Wilde je voor 1971 huisarts worden, dan werd je voor de leeuwen gegooid. Want je was opgeleid in de kliniek en had tijdens je studie alleen ziekenhuispopulaties gezien. Je ging waarnemen in een huisartsenpraktijk en

moest spreekuren draaien met veel patiëntencassen waar je geen bal van snapte.' Kooij zelf echter krijgt de kans om wel een huisartsopleiding te volgen, terwijl hij als pas afgestudeerde arts wacht op een specialistenopleiding. En hij wordt geen medisch specialist, maar huisarts. 'Dat ik gegrepen word door het huisartsenvak, komt door de persoonlijkheid van mijn huisartsopleider, Kees Bouter. Steeds zegt hij tegen me: ik heb een patiënt met dit en dit verschijnsel; moet je dat hoofdstuk nog eens nalezen. Zelfs op de achterbank van zijn auto liggen studieboeken. Het is in schril contrast met wat ik op de terugkomdag hoor van andere huisartsen in opleiding. Kees heeft in zijn souterrain een goed geoutilleerde spreek- en onderzoekskamer, terwijl iemand uit mijn groep werkt bij een huisarts zonder spreek- en onderzoekskamer of wachtkamer, die praktijk houdt in zijn eetkamer. Hoe moet dat dan als mensen zich moeten uitkleden, waar is de onderzoeksbank? De verschillen in ervaring en praktijkinrichting tussen die opleiders zijn enorm. Het instituut reageert daar snel op en er komt een erkenningsprocedure. Zonder assistente, spreekkamer, onderzoekskamer en instrumentarium kun je vanaf dan geen opleider meer worden.'

Straks weer melken

'Tijdens de terugkomdagen op het opleidingsinstituut draait het vooral om gesprekstechnieken en communicatie; medisch-technische zaken moeten we maar in de praktijk leren. Wij als arts-assistenten hebben in die tijd een omgekeerde behoefte. Een patiënt hoeft niet altijd te praten, of het nou in mijn opleidingspraktijk in de stad Utrecht is, of in een plattelandsgemeente als Zwammerdam, waar ik me later vestig als huisarts. De patiënt moet straks weer melken, dus die wil efficiënt geholpen worden.

Op het instituut begint je groepsbegeleider over "de klacht achter de klacht". Dan zeg je als stage lopende huisarts: die is er niet altijd, en we zitten te springen om praktisch advies, vooral voor farmacotherapie. Wat voor recept geef ik bij een blaasontsteking? Ik dacht, ik ben niet opgeleid als maatschappelijk werker of psycholoog en ook de huisartsopleiding is daar niet de plaats voor. Mijn collega's van destijds en ik vonden gesprekstechniek wel nuttig, maar de prioritering in het instituutsonderwijs verkeerd.

Structuur is zo belangrijk voor een huisarts. Later als

huisarts in Zwammerdam, waar verloskunde een belangrijk deel wordt van mijn werk, wil niemand naar het ziekenhuis om te bevallen, want het is te ver weg. Dan is het cruciaal hoe je selecteert wie je verwijst naar een ziekenhuis wegens bijvoorbeeld diabetes of bekkenafwijkingen. Van mijn huisartsopleider heb ik geleerd om nauwgezet alle vrouwen te volgen volgens de lijst van Kloosterman. Om nauwkeurig uit te vragen en onderzoek te doen, en om vrouwen op gezette tijden te laten terugkomen. Om steeds te blijven kijken. Als arts kun je ziekte en dood niet voorkomen, maar wel sturen. In mijn opleiding heeft mijn huisartsopleider een cruciale rol gespeeld. Ik vind nog steeds dat opleiders een sleutelpositie hebben in de huisartsopleiding. Als ik in de jaren 70 de opleiding volg, bestaat er geen training van huisartsopleiders; later is daar veel werk van gemaakt.'

Ruimte voor verschil

Lourens Kooij: 'In 1988 promoveer ik. Een paar jaar later word ik secretaris bij de registratiecommissies van de KNMG. In die functie houd ik toezicht op de huisartsopleiding. Ik kom tot de conclusie dat er nog te weinig structuur in de huisartsopleiding zit en dat er grote verschillen zijn tussen de opleidingsinstituten.

Pas in 1994 krijgt de huisartsopleiding met de start van de driejarige opleiding een vaste opzet. De vrijblijvendheid is dan voorbij. De minister eist op grond van de Europese regelgeving en vanwege de benodigde financiering een vast curriculum. Dat hebben we samengesteld, maar met ruimte om niet-identiek te zijn. Er zijn verschillen tussen de opleidingsinstituten, maar de opleiding heeft bij alle instituten een goed niveau.'

De eerste vrouw

Een van de eersten die de nieuwe driejarige opleiding volgt, is Marja Veldhoen, lichting 1996. Ze is ook nog de eerste in Leiden die als aios 2 kinderen krijgt. Wat vindt zij van de driejarige opleiding van toen? Marja Veldhoen: 'Ik kom terecht in de solopraktijk van Cos Beukers, als eerste vrouwelijke huisarts in een dorp met 5 huisartsen, erg leuk. Ik heb al een jaar op de spoed gewerkt, dus ik kan wel wat als ik binnenkom, zoals drains plaatsen. En dan vraagt je eerste patiënt: "Dokter heb je wat tegen hoofdroos?" Ik heb daar wel aan moeten wennen.'

Handpalmen naar boven

Marja Veldhoen: 'Voor Cos Beukers is het de eerste keer als opleider, voor mij is het mijn eerste praktijk. En dan krijgt Cos iemand zoals ik, met spoedervaring, die direct haar mond opentrekt als ze denkt dat er iets beter kan. We hebben meteen

pret samen. Cos vindt, na 15 jaar ervaring: als je 3 keer iets doet wat werkt dan ga je sleets bezig. Hij heeft iemand naast zich nodig zodat hij verfrissend blijft. Hij houdt zijn handpalmen naar boven en zegt: laten we maar starten en kijken wat we aan elkaar hebben. Hij geniet van mijn verhalen over hoe het tegenwoordig gaat op de spoed, ik geniet ervan hoe goed hij zijn patiënten kent, hoe hij protocollen toepast op de persoon, hoe goed hij naar iemand kijkt.

Dat heb ik van hem geleerd, goed kijken. Zo heb ik laatst coronavaccins gezet in een instelling voor begeleid wonen, bij iemand met autisme. Ik weet, sommige poortjes daar hoeft je bij die mensen niet tegenaan te duwen, want die gaan toch niet open. Zo kan een van de bewoners er niet goed tegen als de aandacht op haar gevestigd is. Maar dan is er een nieuwe, enthousiaste begeleidster, die steeds haar hand pakt en tegen haar zegt: "Rustig maar." De bewoonster blijft gillen: "Zeg nou niks!" Dat vind ik zo erg. Ik weet dat ik beter niks tegen de bewoonster kan zeggen. Dat ik gewoon moet vertrekken na de vaccinatie. Want de energie die het de bewoonster kost om naar je te luisteren, is al te veel voor haar. Ander voorbeeld: op mijn spreekuur komt een patiënt die ik goed ken. Hij zegt: "Het gaat goed", maar ik zeg: "Niet jokken." Ik zie het altijd, aan de neus of de wenkbrauwen, of het klopt wat mijn patiënt zegt. Dat is huisartsge-neeskunde.'

Continuïteit is niet persoonlijk

Marja Veldhoen: 'Continuïteit moet je niet persoonlijk maken. Tijdens corona ben ik telefoondokter geworden. Daardoor komen patiënten die gewend waren om bij mij te komen

bij andere dokters terecht. We doen wel heel magisch over continuïteit, maar mensen stappen toch heel gemakkelijk over. Als huisarts moet je jezelf niet overschatten. Continuïteit is niet dat jij iedereen kent, is niet dat je er altijd moet zijn. Dan maak je jezelf te groot.

Marja Veldhoen, lichting 1996: 'Je leert de soort huisarts te worden die het beste bij je past.'

Verwondering vind ik veel belangrijker. Ik denk dat je als arts vlieguren moet maken, juist dan kun je protocol-maatwerk maken voor je patiënt. Als je het niet weet, duik dan niet in de theorie of in de protocollen. Die heb je al geoefend tijdens je studie. Draai spreekuren, dan gebeurt er iets! Dat is wat huisartsen in opleiding mee moeten krijgen.'

Soorten huisartsen

Marja Veldhoen: 'Ik ben best dominant. Andere mensen wikken en wegen, zijn mensgericht, of houden van lijstjes en protocollen en worden blij als ze aan de cijfers zien dat in hun praktijk de diabetes onder controle is. Ik ken mezelf en ik heb voor Leiden gekozen. Want als je zelf heel sturend bent, moet je niet naar een opleidingsinstituut gaan





Anneloes Beltman-Breijer, pas afgestudeerd huisarts:
'Ik krijg geen Big Brother-gevoel, ook al weet mijn opleider
precies met welke patiënt ik bezig ben.'

waar ze graag plooibare artsen willen. Mijn man is meer van het wikken en wegen; hij koos daarom voor Rotterdam. Juist die verschillende soorten huisartsen maken ons vak mooi. Met de ideale huisarts als eenheidsworst schiet je jezelf in de voet. Tijdens de opleiding kreeg ik 2 kinderen. Wat dat betreft kwam ik in Leiden in een warm bad terecht. Ik kreeg tijdens het klinische jaar een prachtige opleidingsplek die ik kon combineren met mijn baby: in het ziekenhuis 24 uursdienst overdag, 's avonds slapen, de volgende dag naar huis, 1,5 dag vrij.

In Leiden kon ik mijn sterke punten ontwikkelen. Ik heb zelfspot, ben een beelddenker. Dat ik in beelden mag vertellen en uitleggen aan patiënten, humor en zelfspot mag gebruiken, mag blijven zoals ik ben, heeft veel voor me betekend. Van iemand zoals ik die creatief en dominant is, moet je geen accountant willen maken. Je leert de soort huisarts te worden die het beste bij je past. Ik kan prima werken met protocollen, maar voor mij is het een kapstok. Ik maak jurken als hobby. Dan heb ik ook een patroon nodig, maar ik maak er wel mijn jurk van.'

Pas afgestudeerd

Anneloes Beltman-Breijer heeft net haar huisartsdiploma gekregen. Bij haar online-buluitreiking was alleen haar opleider fysiek aanwezig: 'Kort maar krachtig, maar het voelt toch als een bijzonder moment. Tot het najaar hebben we

elkaar nog ontmoet, als huisartsen in opleiding. Op die terugkomdagen bespreken we 5 dingen binnen een vaste tijd, 15 tot 20 minuten per casus of inbreng. Na die tijd rondt de docent ook echt af: "Heb je hier voldoende aan?" Het mooiste van die terugkomdagen is dat je een succesverhaal kunt vertellen, iets emotioneels, of een lastige casus. Je stelt een vraag aan de groep, de groep vraagt door en geeft suggesties waarmee je verder kan. Je groepsgenoten vragen: "Wat heb je nu van de groep nodig?" Want soms wil je horen of anderen het ook zo ervaren, maar soms wil je gewoon praktisch advies.'

Anneloes Beltman-Breijer, pas afgestudeerd: 'Het is goed dat ik handvatten heb gekregen om rust te creëren.'

Strategieplan

Anneloes Beltman-Breijer: 'In het derde jaar kies je specifieke modules waar je op inschrijft. In 3 sessies met je modulegroep, met docenten die experts zijn, ga je een stap verder dan in de geneeskunde-opleiding. Want inmiddels ben je zelf als arts tegen dingen aangelopen. Ik heb de module Palliatieve zorg gevolgd voor de lastigere levenseindegesprekken: bij ingewikkelde familierelaties, bij ruzie, of wanneer familieleden van mening verschillen over wat het beste is voor je patiënt. In de laatste levensfase blijkt soms dat familieleden niet met elkaar door 1 deur kunnen. Dan moet je een goed strategieplan hebben: hoe leg ik contact, hoe kan ik een goed begeleidingsplan maken samen met de familie?

Het onderwijsprogramma op de universiteit is redelijk vast en log, vol met alle dingen die iedere huisarts moet leren, maar toch wordt ons op het hart gedrukt dat er ruimte moet zijn voor persoonlijke ontwikkeling. Tussen de regels door merk ik dat dat concreet inhoudt dat er altijd ruimte is voor je vragen. De opleiding is een uniform geheel en toch is er ruimte voor wat de huisarts in opleiding nodig heeft.'

Sfeer van rust

Anneloes Beltman-Breijer: 'In de opleidingspraktijk is het menens. Vorige week was een van de artsen op vakantie. Er was op de spoedvisite een man die riep dat hij doodging. Huiverig omdat er vaak een kern van waarheid inziet als een patiënt dat zegt, ben ik naar hem toegesnel. Het was een man die patiënt was in het ziekenhuis. Ik belde zijn specialist en wilde hem insturen, maar de specialist zei: dat heeft geen zin, ik denk dat dit het begin van het einde is.

Ik moest dat met de patiënt en de familie bespreken. Het was vrijdagochtend, het weekend kwam eraan. Dan is het heel fijn als je handvatten hebt, zoals voor hoe je rust creëert. Ik weet nu dat je de juiste sfeer kunt creëren door allereerst te beslissen waar je het gesprek voert. Ik ben rustig op de bank gaan zitten. Er was een schoonmaakster in huis, ik heb gevraagd of zij boven verder kon gaan. Zelf ben ik met een kalme toon het gesprek ingegaan.

Mijn huisartsopleider geeft me altijd het gevoel dat ze voor me klaarstaat, ook al heb ik vanaf begin dit jaar zelfstandig gewerkt. Zelfs als ze op vakantie is, stuurt ze een berichtje: "Gaat alles goed?" Terwijl ze niet aan me twijfelt. Ik krijg geen Big Brother-gevoel, ook al weet ze altijd precies met welke patiënt ik bezig ben. Ik krijg vrijheid, maar ook steun. Ze houdt bij hoe mijn dag eruitziet en soms kijkt ze wat ik heb opgeschreven. Ik heb echt geleerd om met mijn emoties om te gaan. In mijn eigen belang en dat van de patiënt. Een heel simpel maar voor mij belangrijk voorbeeld is omgaan met mensen die iets afdwingen, zoals medicatie. Of die duidelijk laten weten dat ze boos zijn als ik het niet geef. Daar kon heel erg mee zitten, want ik had voor mijn gevoel geen service geboden. Nu kan ik dat veel meer van me af laten glijden en zeggen: dit is wat ik je kan bieden.'

Met dank aan Geurt Essers; zie ook zijn artikel over de visie achter de huisartsopleiding (Essers GTJM. De huisartsopleiding in Nederland is al 50 jaar een succesformule. Huisarts Wet 2021;64:DOI:10.1007/s12445-021-1171-6).

Fijtje Koets