

Uitwisselen van ervaringen in de huisartsopleiding

Samenvatting

Veen M, Snijders Blok B, Bareman F, Bueving H. *Uitwisselen van ervaringen in de huisartsopleiding Huisarts Wet 2015;58(1):6-10.*

ACHTERGROND Om inzicht te krijgen in de ontwikkeling en achtergronden van het uitwisselen van ervaringen (UvE; 'spuien', leren van ervaringen, onderlinge consultatie) plaatsen wij deze onderwijsvorm in een historisch kader.

METHODE We hebben schriftelijke bronnen onderzocht en semi-structureerde interviews afgenomen bij (oud-)stafleden die bij de ontwikkeling van het UvE betrokken waren.

RESULTATEN De motivatie om het UvE in de huisartsopleiding op te nemen hangt samen met de maatschappelijke, sociale en onderwijskundige context van de jaren zeventig van de vorige eeuw. De opleiding richtte zich niet alleen op het medische aspect van het huisartsenvak, maar vooral ook op de arts-patiëntrelatie en de rol die de persoonlijkheid van de dokter hierin speelde. Het UvE vormde de basis van het onderwijsprogramma, waarin de vrijheid van aios om hun opleiding vorm te geven vooropstond. Het UvE stelde aios in staat om hun ervaringen te delen en van elkaar te leren, en diende daarnaast als bron van het resterende onderwijs op de terugkomdag. De Balint-methode was een belangrijke inspiratiebron voor huisartsen uit die tijd en diende als model voor het invoeren van het UvE en het daarbij betrekken van gedragswetenschappers. Het UvE moest na de basisopleiding een cultuuromslag bewerkstelligen en bijdragen aan de profilering van de huisartsgeneeskunde als 'continue, integrale en persoonlijke zorg'. Tegenwoordig is het terugkomdagonderwijs van tevoren vastgesteld en is de bronfunctie van het UvE komen te vervallen. Ook het doel van het realiseren van een cultuuromslag is niet langer relevant. Het tweeledige doel om aios van elkaars ervaringen te laten leren en onderlinge steun te ervaren is echter onverminderd van kracht gebleven.

CONCLUSIE De kern van het UvE is door de jaren heen niet veranderd. De plaats die het binnen het curriculum inneemt is verschoven – het UvE vormt niet langer de basis van het onderwijs, maar maakt onderdeel uit van de reguliere onderwijsprogramma's. De nadruk is meer komen te liggen op structuur en inhoud.

INLEIDING

Elke in Nederland afgestudeerde huisarts is bekend met het uitwisselen van ervaringen (UvE) op de terugkomdag. Het UvE maakte vanaf de start van de huisartsopleiding deel uit van het curriculum, zodat aios 'onderling ervaringen kunnen uitwisselen en problemen die zij tegen zijn gekomen kunnen bespreken, bijvoorbeeld aan de hand van zelf ingebrachte casuïstiek'.¹

In de jaren vijftig en zestig van de vorige eeuw stond de huisartsgeneeskunde binnen de artsenstand in laag aanzien en was haar precieze meerwaarde onduidelijk.² De Woudschotenconferentie bracht hierin verandering.³ Huisartsgeneeskunde werd neergezet als wetenschap met als taakgebied de 'integrale, continue en persoonlijke zorg'. Men vond dat de medische basisopleiding niet meer voldoende voorbereide op de taak van huisarts.^{4,5} Met de komst van de verplichte beroepsopleiding kreeg huisartsgeneeskunde erkenning als specialisme.⁶ Voor die tijd moest men 'grotendeels zelf uitvinden wat [men] als huisarts moest doen'.⁷

Het UvE is geïntroduceerd in een tijd van democratisering van de universiteiten, 'freedom to learn'⁷ en sensitivitytraining. De afgelopen decennia is er veel veranderd.^{1,2} De huisartsopleiding heeft een ontwikkeling doorgemaakt,⁸⁻¹⁰ net als ideeën over leren.¹¹ Nog steeds maakt het UvE bij alle Nederlandse huisartsopleidingen deel uit van de terugkomdag. De veronderstelling is dat aios door onder begeleiding ervaringen te delen en feedback van collega's te ontvangen inzicht krijgen in hun eigen functioneren en zo een competentere huisarts worden.^{12,13}

In de veertig jaar dat het UvE deel uitmaakt van de huisartsopleiding is dit onderdeel echter nooit nader onderzocht. Wat waren de oorspronkelijke beweegredenen om het UvE op te nemen in de opleiding? Wat waren belangrijke ontwikkelingen? Welke doelen zijn veranderd en welke zijn gebleven? Om deze vragen te beantwoorden hebben we een historisch onderzoek uitgevoerd. We hebben gebruikgemaakt van een combinatie van literatuur- en archiefonderzoek, en *oral history*.

METHODE

Uit literatuuronderzoek dat is uitgevoerd door een medewerker van de Huisartsopleiding Leiden bleek dat er slechts weinig literatuur over het UvE te vinden is. Om een beeld te krijgen van de geschiedenis en achtergronden van het UvE hebben we (oud-)stafleden geïnterviewd. Schriftelijke bron-

Wat is bekend?

- Aan de onderwijsvorm Uitwisselen van Ervaringen (UvE) wordt relatief veel tijd besteed binnen de onderwijsuren, maar er is weinig onderzoek gedaan naar het ontstaan en de achtergronden.

Wat is nieuw?

- Uit literatuur- en archiefonderzoek, en diepte-interviews met experts blijkt dat een aantal van de originele beweegredenen om het UvE te introduceren op de terugkomdag niet meer relevant is.
- Het doel van het UvE om aios te laten leren van elkaars ervaringen is echter onveranderd gebleven.

Erasmus MC, afdeling Huisartsgeneeskunde, Postbus 2040, 3000 CA Rotterdam: dr. M. Veen, onderwijskundig onderzoeker; F. Bareman, plaatsvervangend hoofd huisartsopleiding; dr. H. Bueving, hoofd huisartsopleiding. AMC-UvA, Huisartsopleiding: B. Snijders Blok, onderwijskundige • Correspondentie: m.veen.1@erasmusmc.nl • Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

nen hebben we vergaard door middel van literatuuronderzoek, archiefonderzoek bij de Huisartsopleiding Nederland, het NHG, persoonlijke archieven van informanten, en via een rondvraag bij de Nederlandse huisartsopleidingen, zie [bijlage 1] op www.henw.org.

Oral history is een geschiedkundige methode voor het systematisch vastleggen en analyseren van individuele herinneringen. Door het afnemen van historische interviews met de ooggetuigen wordt een bepaalde gebeurtenis of ontwikkeling in kaart gebracht. Het corpus van deze mondelinge bronnen wordt vervolgens geanalyseerd om een historische reconstructie te maken.¹⁴⁻¹⁷

Iedere opleiding heeft 3 tot 4 experts geleverd als kandidaat voor een interview, op basis van hun ervaring met het beleid en/of de dagelijkse praktijk van het UvE. We hebben 21 personen geïnterviewd, van wie er 5 werkzaam waren geweest als hoofd opleiding, 7 als gedragswetenschapper, 10 als huisartsdocent en 3 als onderwijscoördinator. Zeven van hen hebben zelf als aios de opleiding afgerond, zie [bijlage 2] op www.henw.org.

De eerste auteur heeft de informanten ondervraagd volgens de methode van het semigestructureerde narratieve historische interview.^{14,18} Elk interview heeft ongeveer een uur geduurd. Twee externe transcribenten hebben de opnamen van de interviews getranscribeerd. Saturatie werd bereikt wanneer de geïnterviewde reeds bekende informatie steeds weer bevestigde en geen nieuwe informatie gaf.¹⁸ Om de betrouwbaarheid van de bronnen te controleren hebben we gebruikgemaakt van triangulatie van schriftelijke en mondelinge bronnen.¹⁹

In de interviews kwamen drie thema's aan de orde:

1. Wat waren de oorspronkelijke beweegredenen om het UvE op te nemen in de opleiding?
2. Wat waren belangrijke ontwikkelingen?
3. Welke doelen zijn veranderd en welke zijn gebleven?

We hebben het ontstaan en de ontwikkeling van het UvE gereconstrueerd. In dit artikel geven wij slechts een samenvatting hiervan weer. Alle uitspraken zijn onderbouwd door bronnen, ook als dit niet expliciet is weergegeven. Citaten uit interviews (aangegeven door [I]) zijn anoniem en illustratief voor uitspraken van verschillende informanten.

RESULTATEN

Persoonlijke groei als doel

De huisartsopleiding die begin jaren zeventig van start ging besteedde veel aandacht aan 'de relatie tussen arts en patiënt en gespreksvoering'.⁶ Aios moesten zich medische kennis en vaardigheden eigen maken en ook op persoonlijk vlak groeien: 'Aangezien een huisarts dagelijks omgaat met mensen die hem hun problemen voorleggen is er een bepaalde mate van "persoonlijke groei" nodig om zijn taak te kunnen vervullen: eigen blinde vlekken, normen, weggestopte gevoelens leren zien, om beter de patiënt te kunnen helpen bij wat deze voor

zichzelf wenst.²³ 'Een voorwaarde voor het functioneren als huisarts is niet alleen beheersing van noodzakelijke kennis en vaardigheden, maar ook het vermogen om goed als "persoon" te functioneren.'²

Het rapport van de interfacultaire werkgroep huisartsopleiding motiveerde in 1975 het UvE als volgt:

*'Er moet gelegenheid zijn tot spuien, d.w.z. het afreageren van emoties, ervaringen in de opleidingssituatie, het vragen van hulp aan de groep naar aanleiding van patiënten, met wie men niet goed uitkomt. Vooral dit spuien van individuele ervaringen van groepsleden kan worden aangewend in het bewustwordingsproces van lacunes in kennis, vaardigheden en attitudes, wanneer de individuele ervaringen worden gerelateerd aan die van de overige groepsleden.'*²⁰

Een proefschrift over de terugkomdag op de Utrechtse opleiding beschreef 'spuien' als 'het spontaan te berde brengen van gebeurtenissen in de praktijk, die de arts-assistent zijn overgeleverd'.⁹ 'Uit observaties bleek al snel dat er bij de [aios] een sterke behoefte was om ervaringen en problemen uit te wisselen en met elkaar te bespreken. In de onderwijscommissie werd toen besloten hiervoor op iedere [terugkomdag] tijd te reserveren.'²¹

De informanten noemen naast deze motivaties een praktische reden voor het UvE: 'als er ervaringen zijn die je heel erg bezighouden, is het goed om die eerst te bespreken. Als je iets heel ingewikkelds hebt meegemaakt of ergens door geraakt bent, belemmert je dat namelijk om over te gaan tot de orde van de dag.'^[I]

Freedom to learn als uitgangspunt

Bij het ontwikkelen van de terugkomdag stond voorop dat aios de vrijheid moeten hebben om hun opleiding vorm te geven. 'Het eigen aandeel van de cursisten in het bepalen van inhoud en vorm van de terugkomdagen is van groot belang.'²⁰ 'Het ging alleen maar over de aios zelf en die konden dan zelf bepalen wat ze zouden leren.'^[I] 'Tijdens de terugkomdagen zou vooral moeten worden ingegaan op de ervaringen van arts-assistenten.'¹ Er was dan ook 'geen vastomlijnd inhoudelijk programma.'²¹ 'Door het uitwisselen van ervaringen worden groepsleden zich bewust van hiaten in eigen kennis en vaardigheden, waardoor de behoefte aan aanvulling ontstaat. Het programma wordt dientengevolge door de arts-assistenten zelf bepaald, afhankelijk van hun behoeften.'²¹

De Balint-methode als model

Een belangrijke inspiratie voor huisartsen was de Balint-methode. Balint stelde in de jaren vijftig het belang van de persoonlijkheid van de arts aan de orde en liet groepen huisartsen onder begeleiding van een psychoanalyticus en een huisarts casus uit de praktijk bespreken.²² De aandacht was gericht op de rol die de dokter speelt in de ingebrachte casus. De filosofie van 'de dokter als medicijn' vatte post, en men gebruikte de Balint-groepen om de 'bijwerkingen' van dit

‘medicijn’ te verkennen.²³ Deze methode droeg eraan bij dat huisartsen oog kregen voor ‘de psychologische aspecten van de geneeskunde’²⁴ en diende als basis voor het ontwerp van het terugkomdagonderwijs, vooral het onderdeel spuien: ‘Spuien hebben we ingevoerd bij de terugkomdagen, om op die manier te kijken wat leeft er spontaan? Wat was er deze week moeilijk? Waarom had je een rothumeur?’[I]

Ook het betrekken van gedragswetenschappers bij de opleiding kunnen we verklaren vanuit de ervaring met Balint-groepen. Bij het begeleiden van groepen waren ‘sociaal pedagogogen of agologen onontbeerlijk’ om ‘interactieprocessen bewust te maken en te bespreken, en zodoende relevant te maken voor de arts-patiëntrelatie.’²⁰ Waar de huisartsbegeleider garant stond voor het vakinhoudelijke aspect en een functie had ‘als model voor de aios’, was de taak van de gedragswetenschapper ‘het begeleiden van groepsprocessen [en] het helpen bij het reflecteren op de praktijkervaringen.’⁹

Groepsleren als methode

Men verwachtte dat het groepsleren een positief effect zou hebben op het leren samenwerken met anderen in de gezondheidszorg, het inzicht in het eigen denken en handelen, en het bevorderen van een kritische houding en sociale vaardigheden. Daarnaast kunnen andere groepsleden ‘hiaten in kennis aanvullen, blinde vlekken aantonen en alternatieve handelwijzen aanbieden.’²⁰ ‘Het uitwisselen van ervaringen is eigenlijk een snelkookpan. Wat er daar in twee of drie jaar gebeurt, [daar] zouden gevestigde huisartsen vijf tot tien jaar over doen.’[I]¹⁰

Gedragswetenschappers vonden groepsleren belangrijk omdat er dan voldoende materiaal was om ervaringen uit te wisselen. De aandacht voor het groepsproces,²⁵ de ontwikkeling die de groep doormaakte²⁶ en mogelijke parallellen tussen wat er in de groep gebeurt en het arts-patiëntcontact^{12,27,28} zouden eveneens bijdragen aan de ontwikkeling van aios: ‘In ons functioneren word je heel erg met jezelf geconfronteerd. Wat je zelf geleerd hebt en hoe je in elkaar zit [komt] door je te spiegelen in een groep [in] het UvE heel goed tot zijn recht.’[I]

Profilering huisartsgeneeskunde als agenda

Het UvE was volgens de informanten ook een van de manieren om ‘de persoon van de dokter’ te ontwikkelen en daarmee de huisartsgeneeskunde te profileren ten opzichte

van andere specialismen. Aios waren vanuit de basisopleiding gewend aan een beroepscultuur waarin een dokter alles moet weten en nooit fouten toegeeft. Ze kwamen terecht in een groep waar ze uitgenodigd werden onzekerheid als inherent aan het vak te beschouwen en openlijk te spreken over fouten, gevoelens en twijfels. ‘De opleiding tot basisarts besteedt nauwelijks aandacht aan de relationele aspecten van de arts-patiëntrelatie.’²⁶ ‘[D]an kom je op de huisartsopleiding en word je juist uitgenodigd om te komen met dat wat je niet weet. Dat is een cultuuromslag.’[I] Een aios uit die tijd vertelt: ‘De basisopleiding zat heel anders in elkaar. Daar moest je ontzettend aan wennen. Het was in één keer zo vrij.’[I]

Hoewel de meeste aios het UvE na een periode van gewenning omarmden, was er ook kritiek. De volgende herinnering van een oud-aios is tekenend: ‘Het werd benoemd als een van de belangrijkste onderdelen van de huisartsopleiding. Er werd ook veel tijd aan besteed. (...) Er waren heel weinig regels. (...) Het was heel vrij en open, wel eens zo open dat er heel veel frustratie kwam bij ons over dat we te weinig “gewoon” onderwijs kregen, over ziekten en andere dingen die we als huisarts tegenkwamen. En dan moesten we daar weer over praten. “Waarom duurt het [UvE] dan zo lang? Hoe doen we dat met elkaar?”’[I]

Van spontaniteit naar toetsbaarheid

Terwijl men er in het begin op gericht was te voorkomen dat ‘het spontane karakter van spuien verdween en het spuien dientengevolge te veel een gestructureerd karakter zou gaan krijgen’,²¹ ontstond er in de jaren tachtig van de vorige eeuw een tegenbeweging, waarbij de nadruk meer kwam te liggen op structuur en inhoud. De opleiding werd uitgebreid met een tweede en derde jaar (respectievelijk in 1988 en 1994), er kwamen standaarden (1989), eindtermen (2000) en een competentieprofiel (2005), zie [bijlage 3] op www.henw.org. Toch werd er nog ongeveer een kwart van de terugkomdag aan het UvE besteed.²⁹ Met huisartsgeneeskunde als erkende wetenschap en ontwikkelingen in de basisopleiding geneeskunde verdween de emanciperende functie van het UvE. Het was niet langer nodig het vak zo scherp tegen andere medische disciplines af te zetten.

Soms voerden opleidingsinstituten een naamsverandering door. Het AMC doopte het UvE om tot ‘onderlinge consultatie’ omdat ‘spuien’ negatieve connotaties zou oproepen, en in Rotterdam veranderde men het later in ‘leren van ervaringen’, om



het leerelement van het UvE te benadrukken.^{13,10}

Na het 'freedom to learn'⁷ van de jaren zeventig kwam meer nadruk te liggen op structuur, efficiëntie en toetsbaarheid. Men twijfelde aan het rendement van groepsleren en vond dat er een disproportioneel grote nadruk lag op het niet-medische: 'Het gaat niet alleen om attitude.'^[1]

De plaats die het UvE binnen de opleiding innam veranderde. Doordat terugkerende thema's vaste onderwijsonderdelen waren geworden en er standaarden, eindtermen en een competentieprofiel was gekomen, vormde het UvE niet langer meer de basis van het onderwijs op de terugkomdag.

Het UvE was niet meer de enige manier waarop groepsbegeleiders inzicht konden krijgen in het functioneren van aios. 'Nu hebben we veel meer bronnen van informatie, veel meer mogelijkheden om een beeld te krijgen. We hebben beter contact met opleiders en we kunnen ze als informatiebron gebruiken.'^[1]

Er is weinig aan de vorm van het uitwisselen van ervaringen veranderd. De tijd werd wel begrensd en een aantal informanten noemt een toegenomen professionalisering van docenten: 'In de beginperiode vertelde je gewoon. Later moest je ook aangeven waarom je het inbracht en welke feedback gevraagd werd. Het was ook onze taak als groepsbegeleider om daarop door te vragen: "Waarom breng je dit in en wat is jouw vraag? Wat vinden andere aios hiervan? Is het herkenbaar of niet?"'^[1] 'Ik moet op ieder moment aan de groep kunnen uitleggen welke bijdrage deze bespreking levert aan het behalen van de eindtermen en [het worden van] een competente huisarts.'^[1]

De informanten vinden dat het UvE onderdeel van de huisartsopleiding moet blijven. De volgende thema's zijn een punt van discussie:

- Elke terugkomdag ervaringen uitwisselen, of minder frequent?
- Inbreng wel of niet voorbereiden?
- Altijd een expliciet geformuleerde vraag bij de inbreng?
- Begeleiding door zowel een huisartsbegeleider als een gedragswetenschapper, of volstaat één begeleider?

BESCHOUWING

Dit historisch onderzoek biedt mogelijke verklaringen voor het ontstaan van het UvE in haar huidige vorm. Naast de persoonlijke groei van aios en hun vrijheid om het onderwijs vorm te geven, diende het UvE in de jaren zeventig als uitgangspunt voor het resterende terugkomdagonderwijs en voor een profilering van de huisartsgeneeskunde. Toen de invulling van de terugkomdag eenmaal meer door het curriculum gestuurd werd en huisartsgeneeskunde gevestigd raakte, vervielen deze doelen. Tegenwoordig luidt het doel van het UvE als volgt: 'het verbreden en verdiepen van individuele leerervaringen en het ervaren van onderlinge steun',³⁰ wat wel overeenkomt met de oorspronkelijke motivatie: het stimuleren van 'het bewustwordingsproces van lacunes in kennis, vaardigheden en attitudes, wanneer de individuele ervaring wordt gerelateerd aan die van overige groepsleden'²⁰ en de behoefte van aios 'om ervaringen en problemen uit te

wisselen.'²¹

Over het algemeen krijgt het UvE een positieve beoordeling.^{31,32} Er is echter weinig onderzoek naar hoe aios precies leren van dit onderdeel. Dit maakt het lastig een discussie te voeren over de beste manier om ervaringen uit te wisselen. Wij zijn daarom een explorerend onderzoek gestart naar het UvE. Aan de hand van video-opnamen hebben we geïnventariseerd welke casuïstiek de aios bespreken, welke competenties aan bod komen en op welke manier aios leren.

Veel informatie over het ontstaan en de ontwikkeling van het UvE vinden we niet terug in schriftelijke bronnen. De methode van de oral history stelde ons in staat systematisch gegevens te verzamelen van (oud-)stafleden die bij de ontwikkeling van het UvE betrokken waren. De betrokkenheid van de informanten en hun *recall bias* kunnen hun verslagen gekleurd hebben. Door gebruik te maken van een diversiteit aan bronnen, saturatie en triangulatie hebben we getracht de informatie te onderbouwen. Eenderde van de informanten heeft, naast andere rollen, óók als aios het UvE ervaren. Omdat we echter geen oud-aios hebben geïncludeerd die verder niet actief bij het onderwijs betrokken waren, kan ook hier sprake zijn van een bias.

We hebben naar literatuur gezocht die direct van toepassing was op het UvE. Voor zover wij hebben kunnen vaststellen wordt het UvE in deze vorm alleen in Nederland gehanteerd.

Abstract

Veen M, Sniijders-Blok B, Bareman F, Bueving H. *Experiential learning during general practice education and training. Huisarts Wet* 2015;58(1):6-10.

BACKGROUND To gain insight into the background and development of experience-sharing during general practice training, from a historical perspective.

METHOD The literature was searched and members of staff who were involved in the development of experiential learning were interviewed.

RESULTS The motivation to incorporate experiential learning in general practice education and training is a consequence of the social and educational context of the 1970s. Training not only focuses on the medical aspects of general practice but especially on the doctor-patient relationship and the role of the doctor's personality in this. Experiential learning formed the basis of the educational programme, in which emphasis was on the freedom of trainee doctors to structure their own education. Experiential learning enabled students to share their experiences and to learn from each other and formed the basis of education and training on refresher days. The Balint method was a source of inspiration for GPs in the 1970s and served as model for the introduction of experiential learning and the involvement of behavioural scientists. After the undergraduate phase of training, experiential learning was expected to bring about a change of culture and contribute to general practice medicine as 'continuous, integral, and personalized care'. Nowadays, the content of refresher days is established in advance and the function of experience-sharing as the source of the educational programme on refresher days has elapsed. The aim of cultural changes is also no longer relevant. However, the goal that general practice trainees share experiences and support each other is still very relevant.

CONCLUSION The essence of experiential learning has not changed over the years, but its place in the medical curriculum has. It no longer forms the basis of medical education but is part of the educational programme. Nowadays, emphasis is more on structure and content.

Een vergelijking met nauw verwante vormen, zoals begeleide intervisie, is wellicht een interessant onderwerp voor vervolgonderzoek.

CONCLUSIE

Hoewel het UvE in de maatschappelijke, sociale en onderwijskundige context van de jaren zeventig geïntroduceerd is en er sindsdien veel is veranderd, is het doel van het UvE, het leren van elkaars ervaringen, nog steeds relevant.

DANKBETUIGING

Met dank aan alle geïnterviewden; aan Boukje Andriessen voor voorbereidend literatuuronderzoek; aan Nynke van Dijk, John van Ochten en David Sars voor review. ■

LITERATUUR

- 1 Van Es JC. Een halve eeuw huisartsgeneeskunde. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum, 2006.
- 2 Dubois V, Everwijn S, Van Geldorp G, Groeneveld Y, Grol R, Pieters H, et al. The construction of a new curriculum of vocational training for general practice in The Netherlands. Utrecht: College voor Huisartsgeneeskunde, 1987.
- 3 Van der Werf GZ, Zaat JOM. De geboorte van een ideologie: Woudschoten en de huisartsgeneeskunde. Huisarts Wet 2001;44:428-35.
- 4 Huygen F. Lacunes in de opleiding tot huisarts. Huisarts Wet 1960;6:409-11.
- 5 Raamplan Huisartsopleiding 1967.
- 6 Raamplan Huisartsopleiding 1974.
- 7 Rogers C, Freiberg H. Freedom to learn. New York: Merill, 1969.
- 8 Wieringa-de Waard MVZ, Van Zalinge EAB. Nieuwe ontwikkelingen in de huisartsopleiding. Bijblijven 2003;19:5-11.
- 9 Verheij T. Eindrapportage Deelproject A-I-a: Voorgeschiedenis. Utrecht: CCBOH-06, 1986.
- 10 Van Zalinge E. Huisartsgeneeskunde AMC-UvA 1965-2010. Een kleine geschiedenis. Amsterdam: afdeling Huisartsgeneeskunde van de Divisie Klinische Methoden & Public Health van het AMC-UvA, 2011.
- 11 Berkestijn LGM. Ontwikkelingen in de huisartsopleiding. Huisarts Wet 2003;46:672-5.

- 12 Runia E, Nijenhuis E. 'Experience-sharing' as an antidote to dependence-making behavior of general practitioners. Int J Group Psychother 1995;45:17-35.
- 13 Sallaerts-Boonekamp IAM. Uit de universitaire huisartsinstituten. Het uitwisselen van ervaringen door arts-assistenten in de beroepsopleiding. Huisarts Wet 1984;27:214-6.
- 14 Hagen J. Vragen over vroeger: Handleiding voor het maken van historische interviews. Utrecht: Nederlands Centrum voor Volkscultuur, 1998.
- 15 Mark J. The Oxford handbook of oral history. Engl Hist Rev 2011;126:1246-8.
- 16 Hurdley R. Handbook of oral history. Qual Res 2008;8:261-3.
- 17 Maxwell C. Handbook of oral history. Am Anthropol 2007;109:553-4.
- 18 Ritchie D. Doing oral history. New York: Oxford University Press; 1995.
- 19 Creswell JW, Miller DL. Determining validity in qualitative inquiry. Theory into Practice 2000;39:124-30.
- 20 Interfacultaire werkgroep specifieke opleiding SOH. Rapport april 1975.
- 21 Voorneman-Hammelburg R. De terugkomdag (Onderdeel van de Beroepsopleiding Huisartsen aan de Rijksuniversiteit te Utrecht). Utrecht: Rijksuniversiteit Utrecht, 1976.
- 22 Balint M. The doctor, his patient and the illness. New York: International University Press, 1957.
- 23 Dokter H, Verhage F. De dokter als medicijn. Publicatie nr. 6. Utrecht: Nederlands Huisartsen Genootschap, 1991.
- 24 Van Aalderen H. Huisartsgeneeskunde: een hulpverleningsmodel (oratie). Med Contact 1974;29:530-4.
- 25 Berk T. Groepstherapie: basiskennis voor de praktijk van psychotherapie. Muiderberg: Coutinho, 1992.
- 26 Nijenhuis E. Hoe de dokter zichzelf voorschrijft: de wederzijdse afhankelijkheidsrelatie tussen dokter en patiënt [doctoraalscriptie]. Leiden: Rijksuniversiteit Leiden, 1989.
- 27 Runia E. The parallel process in the training of general practitioners. Med Teacher 1995;17:399-408.
- 28 Runia E. Constructing a congruent curriculum for the training of GPs. In: Scherpier AJJA, Van der Vleuten CPM, Rethans JJ, Van der Steeg AFW, editors. Advances in medical education. Dordrecht: Kluwer Academic Publishers, 1997.
- 29 Pollemans MC, Tan LHC. SV-IOH-15 Toetsing van kwaliteit: Landelijke evaluatie van de interim-beroepsopleiding tot huisarts. Utrecht: SV-IOH-15, 1990.
- 30 Huisartsopleiding Nederland. <http://www.huisartsopleiding.nl>.
- 31 Van der Velde JFL, Batenburg RS. De opleiding tot huisarts opnieuw beoordeeld. Een onderzoek onder huisartsen in opleiding en alumni. Utrecht: NIVEL, 2011.
- 32 Hofhuis H, Van der Velde JFL. Kwaliteit van de huisartsopleiding vanuit het perspectief van huisartsen in opleiding en pas afgestudeerde huisartsen. Utrecht: NIVEL, 2005.



Leergesprek tussen de opleider en twee aijs huisartsgeneeskunde.

Foto: Elvira van Aalst