

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 onvoldoende 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.

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.

Bovendien is huisartsgeneeskunde nog niet in alle landen als een specialistische discipline erkend. Om hier meer eenduidigheid 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. An-

derzijds 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.

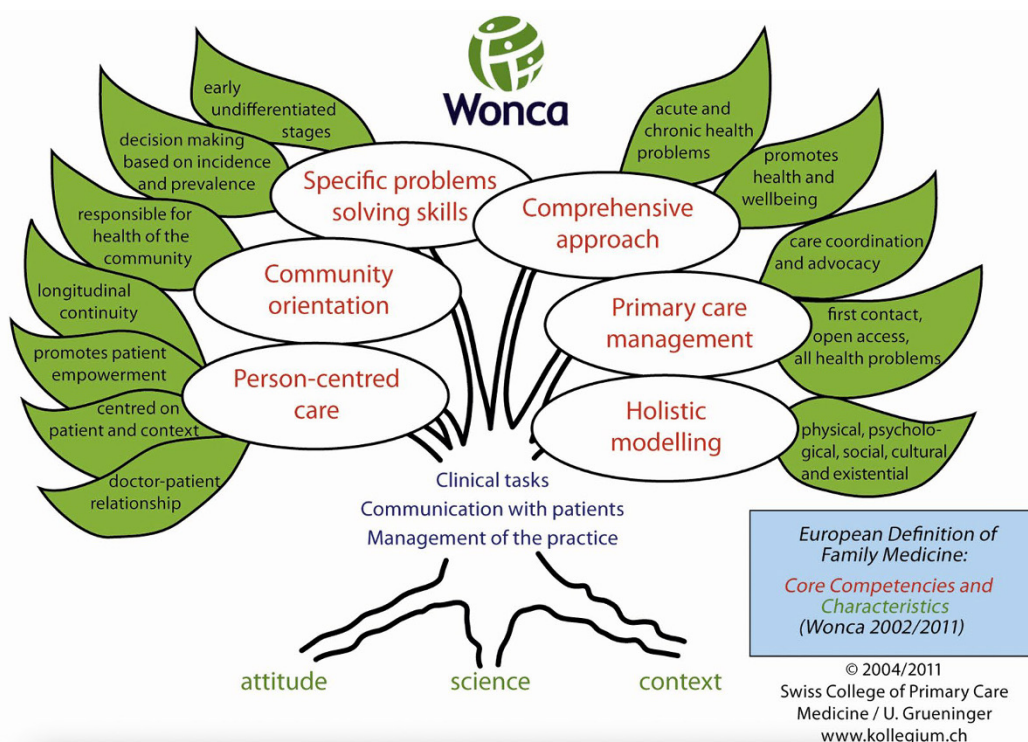
Er wordt ook gepleit voor een vernieuwing van de huidige WONCA-definitie en het competentieraamwerk. Nieuwe tijden vragen om nieuwe waarden en normen, en de daarmee gepaard gaande competenties voor de huisarts. Scandinavische landen en ook Nederland spelen hierbij een belangrijke voortrekkersrol. In 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

Figuur

De WONCA-tree



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 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 huisartsopleider 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.
4. Allen J, Gay B, Crebolder H, Catholic JH, Svab I, Ram P, et al. The European definition of general practice/family medicine. Leuven: European Academy of Teachers in General Practice EURACT, 2005.
5. Euract. Euract Statement on Assessment in Specialty Training for Family Medicine. 2015. <https://euract.woncaeurope.org/sites/euractdev/files/documents/publications/others/euractstatementonassessmentinspecialtytrainingforfamilymedicine-prague-april2015.pdf>. Geraadpleegd maart 2021.
6. Michels N, Maagaard R, Scherpbier-de Haan N. Educational training requirements for GP/FM specialist training. Brussel: European Academy of Teachers in General Practice EURACT, 2018.
7. Toekomst Huisartsenzorg. Kerntaken in de praktijk. <https://toekomsthuisartsenzorg.nl/>. Geraadpleegd maart 2021.
8. European Academy of Teachers in General Practice EURACT. Specialist Training Database. 2021. <https://euract.woncaeurope.org/specialist-training-database>. Geraadpleegd maart 2021.
9. De Bever S, Bont J, Scherpbier N. Strengthening general practice by extending specialty training? *Br J Gen Pract* 2019;69:222-3.
10. Flum E, Maagaard R, Godycki-Cwirko M, Scarborough N, Scherpbier N, Ledig T, et al. Assessing family medicine trainees – what can we learn from the European neighbours? *GMS Z Med Ausbild* 2015;32:Doc21.
11. ICHO vzw. Toetsing in jaar 2 van het 3-jarige curriculum. <https://www.icho-info.be/application/content/content/page/132>. Geraadpleegd maart 2021.
12. Fletcher E, Campbell J, Pitchforth E, Freeman A, Poltawski L, Lambert J, et al. Comparing international postgraduate training and healthcare context with the UK to streamline overseas GP recruitment: four case studies. *BJGP Open* 2020;4:bjgpopen20X101034.

Damoiseaux RAMJ, Michels NRM, Scherpbier N. De huisartsopleiding in een Europees perspectief. *Huisarts Wet* 2021;64: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.