

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 basisvaardigheden 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-omsprekuren een vast onderdeel van de opleiding gemaakt. Ook andere huisartsopleidingen hebben het om-en-omsprekuren 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.

DANKWOORD

De auteur dankt Nettie Blankenstein, Daniëlle Huisman, Anneke Kramer, Henriëtte van der Horst, Fedde Scheele, Pim

Teunissen, Mario Veen, Suzanne van Esch, Mark Deves en Henk de Vries als co-onderzoekers van een of meer van de beschreven onderzoeken. Pim Teunissen gaf daarnaast waardevolle feedback op de verschillende versies van dit artikel.

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.
4. Kogan JR, Hatala R, Hauer KE, Holmboe E. Guidelines: the do's, don'ts and don't knows of direct observation of clinical skills in medical education. *Perspect Med Educ* 2017;6:286-305.
5. Pelgrim EA, Kramer AW, Mokkink HG, Van der Vleuten CP. The process of feedback in workplace-based assessment: organisation, delivery, continuity. *Med Educ* 2012;46:604-12.
6. Vis E, Batenburg R, Velden L. De kwaliteit van de opleiding tot huisarts anno 2018: een onderzoek onder huisartsen in opleiding. Utrecht: Nivel, 2018.
7. Rietmeijer CB, Huisman D, Blankenstein AH, De Vries H, Scheele F, Kramer AW, et al. Patterns of direct observation and their impact during residency: general practice supervisors' views. *Med Educ* 2018;52:981-91.
8. Rietmeijer CBT, Blankenstein AH, Huisman D, Van der Horst HE, Kramer AWM, De Vries H, et al. What happens under the flag of direct observation, and how that matters: a qualitative study in general practice residency. *Med Teach* 2021 Mar 25 [epub ahead of print].
9. Rietmeijer CBT, Deves M, Van Esch SCM, Van der Horst HE, Blankenstein AH, Veen M, et al. A phenomenological investigation of patients' experiences during direct observation in residency: busting the myth of the fly on the wall. *Adv Health Sci Educ* 2021 Mar 25 [epub ahead of print].
10. LaDonna KA, Hatala R, Lingard L, Voyer S, Watling C. Staging a performance: learners' perceptions about direct observation during residency. *Med Educ* 2017;51:498-510.
11. Watling CJ, Ginsburg S. Assessment, feedback and the alchemy of learning. *Med Educ* 2019;53:76-85.
12. Schut S, Driessen E, Van Tartwijk J, Van der Vleuten C, Heene-man S. Stakes in the eye of the beholder: an international study of learners' perceptions within programmatic assessment. *Med Educ* 2018;52:654-63.
13. Brand PLP, Jaarsma ADC, Van der Vleuten CPM. Driving lesson or driving test? A metaphor to help faculty separate feedback from assessment. *Perspect Med Educ* 2020;10:50-6.
14. Watling C, LaDonna KA, Lingard L, Voyer S, Hatala R. 'Sometimes the work just needs to be done': socio-cultural influences on direct observation in medical training. *Med Educ* 2016;50:1054-64.
15. Madan R, Conn D, Dubo E, Voore P, Wiesenfeld L. The enablers and barriers to the use of direct observation of trainee clinical skills by supervising faculty in a psychiatry residency program. *Can J Psychiatr* 2012;57:269-72.
16. Cheung WJ, Patey AM, Frank JR, Mackay M, Boet S. Barriers and enablers to direct observation of trainees' clinical performance: a qualitative study using the theoretical domains framework. *Acad Med* 2019;94:101-14.
17. De Jonge LP, Mesters I, Govaerts MJ, Timmerman AA, Muris JW, Kramer AW, et al. Supervisors' intention to observe clinical

- task performance: an exploratory study using the theory of planned behaviour during postgraduate medical training. *BMC Med Educ* 2020;20:1-10.
18. Pitts S, Borus J, Goncalves A, Gooding H. Direct versus remote clinical observation: assessing learners' milestones while addressing adolescent patients' needs. *J Grad Med Educ* 2015;7:253.
 19. Starmer AJ, Randolph GD, Wysocki KL, Steiner MJ. Direct observation of resident-patient encounters in continuity clinic: a controlled study of parent satisfaction and resident perceptions. *Educ Health* 2009;22:325.
 20. Watling CJ, Lingard L. Grounded theory in medical education research: AMEE Guide no. 70. *Med Teach* 2012;34:850-61.
 21. Van Manen M. Researching lived experience: human science for an action sensitive pedagogy. Abingdon: Routledge, 2016.
 22. Høffding S, Martiny K. Framing a phenomenological interview: what, why and how. *Phenom Cogn Sci* 2016;15:539-64.
 23. Sagasser MH, Kramer AW, Van Weel C, Van der Vleuten CP. GP supervisors' experience in supporting self-regulated learning: a balancing act. *Adv Health Sci Educ* 2015;20:727-44.
 24. Ten Cate OTJ, Kusurkar RA, Williams GC. How self-determination theory can assist our understanding of the teaching and learning processes in medical education. AMEE Guide no. 59. *Med Teach* 2011;33:961-73.
 25. Telio S, Regehr G, Ajjawi R. Feedback and the educational alliance: examining credibility judgements and their consequences. *Med Educ* 2016;50:933-42.
 26. Ericsson KA. Deliberate practice and the acquisition and maintenance of expert performance in medicine and related domains. *Acad Med* 2004;79:S70-81.
 27. Torralba KD, Puder D. Psychological safety among learners: when connection is more than just communication. *J Grad Med Educ* 2017;9:538-9.
 28. Sheu L, Kogan JR, Hauer KE. How supervisor experience influences trust, supervision, and trainee learning: a qualitative study. *Acad Med* 2017;92:1320-7.
 29. Dudek NL, Dojeiji S, Day K, Varpio L. Feedback to supervisors: is anonymity really so important? *Acad Med* 2016;91:1305-12.

Rietmeijer CBT. Observatie in de opleidingspraktijk. *Huisarts Wet* 2021;64: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.