

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 aiossen 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.

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 vervolgoopleidingen 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 huisarts-onderzoekers, 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 basisniveau 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 onderwijsontwikkelaars 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 vervolopleidingen 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. Evidence based medicine, 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: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.